

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 12 Mars 1892, à 1 heure

Par JEAN LOUIS FAURE

Né à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), le 27 Octobre 1863

Ancien interne lauréat
Prosecteur des hôpitaux

L'APPAREIL SUSPENSEUR DU FOIE

L'HÉPATOPTOSE ET L'HÉPATOPEXIE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges { MM. BERGER, professeur.
QUÉNU et BRUN, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 12 Mars 1892, à 1 heure

Par JEAN LOUIS FAURE

Né à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), le 27 Octobre 1863

Ancien interne lauréat
Prosecteur des hôpitaux

L'APPAREIL SUSPENSEUR DU FOIE

L'HÉPATOPTOSE ET L'HÉPATOPEXIE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges { MM. BERGER, professeur.
QUÉNU et BRUN, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTNER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR VERNEUIL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Il est étrange, en vérité, de voir le foie, volumineux et lourd, énorme même à côté des autres glandes de l'économie, se maintenir ainsi, fixe et immuable, rarement mobile et déplacé, en son siège normal, au point le plus élevé de la cavité de l'abdomen, loin de tout os qui lui puisse fournir un solide point d'insertion. Il est ainsi, dans l'hypochondre droit, au-dessous du diaphragme et sur les intestins, flottant pour ainsi dire entre deux organes mobiles, et sujet, semble-t-il, aux déplacements, aux anomalies et aux chutes.

A chaque instant, le rein s'abaisse ; l'intestin que soutient mal un mésentère fatigué, descend en masse, non sans troubles multiples, vers le petit bassin. Et cependant, le rein est bien léger, comparé au foie ; le mésentère est solide et s'accroche aux corps vertébraux, immuables ; le paquet intestinal, augmenté même de la surcharge alimentaire, pèse peu pour un tel soutien ; la masse intestinale, en outre, vient reposer en partie sur les fosses iliaques où elle épuise son effort, et qui la supportent sans peine. Et cependant le rein se mobilise, flotte et s'abaisse, la masse intestinale tombe et révèle sa chute par ces troubles divers que Glenard a synthétisés en décrivant l'entéroptose.

Comment donc se fait-il que le foie, plus lourd, plus élevé, moins fixe en apparence, puisqu'il est suspendu au diaphragme toujours oscillant, soit si rarement soumis à des accidents analogues ? Les cas, en effet, se comptent presque où le foie, plus ou moins mobile, a quitté sa place normale, et par leur analyse il est en général possible de trouver une cause à cette exceptionnelle migration.

Cette extraordinaire fixité tient évidemment à des conditions anatomiques, et c'est parce que celles-ci sont mal connues et mal déterminées que j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile d'entreprendre de les préciser.

C'est ce que j'ai cherché à faire.

La description des ligaments hépatiques a maintes fois été donnée, et leur anatomie est à vrai dire bien connue, quoique certains d'entre eux soient partout assez mal décrits. Aussi me suis-je moins attaché à leur étude purement anatomique qu'à celle de leur physiologie — j'entends par là leur rôle respectif et surtout leur degré de puissance.

J'ai, dans ce but, entrepris un certain nombre d'expériences que je me permettrai de transcrire ici en détail, parce que c'est, je crois, la première fois qu'elles ont été faites. Je n'en ai tout au moins trouvé de traces nulle part.

J'ai pensé également que l'étude des conditions de stabilité normale du foie gagnerait à être accompagnée de l'étude de ses déplacements, et c'est pour cette raison que j'ai cru bon de joindre au chapitre d'anatomie qui sera la base de ce travail, une étude sur la chute du foie, sur l'hépatoptose, et en particulier sur les causes qui la produisent.

Les tentatives chirurgicales hardies qu'on a tout récemment dirigées contre cette affection m'ont enfin semblé comporter quelques développements, et c'est pour cette raison que mon travail se termine par un chapitre sur la fixation du foie, sur l'hépatopexie, dirons-nous, pour nous conformer aux règles de terminologie universellement acceptées aujourd'hui.

Ce travail comprendra donc trois parties distinctes :

1° Une étude anatomique ou plutôt anatomo-physiologique de l'appareil suspenseur du foie ;

2° Une étude clinique, critique et surtout étiologique des déplacements de cet organe ;

3° Une étude sur le traitement de ces déplacements et en particulier sur leur traitement par l'hépatopexie.

Enfin, je publierai les expériences que j'ai faites et toutes les observations, que j'ai pu recueillir.

Je ne saurai faillir à cette coutume qui est aujourd'hui pour moi le plus doux des devoirs, et qui veut qu'on inscrive au seuil de son premier travail le nom de ceux auxquels on doit ce que l'on sait.

Je veux donc remercier ici tous ceux qui m'ont encouragé, tous ceux qui m'ont guidé, tous ceux qui m'ont instruit, tous ceux surtout qui ont su donner à leur autorité de maître la forme de bienveillants conseils, parfois même d'une amitié sincère et véritable.

Avant tout, je tiens à assurer de ma gratitude profonde, mon maître le plus cher et le plus vénéré, le professeur Verneuil. Il sait déjà ma reconnaissance pour sa constante sollicitude et sa paternelle affection. Qu'il me permette de venir affirmer ici que c'est à lui que je dois le meilleur de ce que je sais, la conviction que chez le chirurgien comme chez tous les hommes, avant la hardiesse et la dextérité qui font l'opérateur, avant même cette profondeur de vues qui fait le savant, la meilleure des qualités, la plus rare peut-être, c'est une inépuisable bonté.

Je garderai le souvenir de l'année que j'ai passée auprès du professeur Le Fort comme d'une des plus douces et des plus utiles de ma vie d'étudiant : Des plus douces, parce que la bonté, la bienveillance et la mansuétude de ce maître ne se sont pas démenties un seul jour ; des plus utiles, parce que sa grande expérience, sa vaste érudition et le charme de sa parole ont su m'intéresser à bien des questions qu'on a le très grand tort de trop délaisser aujourd'hui.

Le professeur Le Dentu a été mon dernier maître. Son affection m'a été précieuse ; plus précieux encore m'a été son exemple. Il m'a montré qu'on peut trouver chez le même homme, à la fois les hautes qualités scientifiques qui faisaient la gloire de la vieille École française, et les qualités opératoires qui assurent le triomphe de la chirurgie contemporaine.

Je n'ai été que l'externe de M. Legroux. J'aurais voulu pouvoir être son interne et l'approcher ainsi de plus près. L'extrême amabilité, la bonté véritable avec laquelle il m'a toujours accueilli, aussi bien dans son service que hors de l'hôpital, en font un des maîtres pour lesquels j'ai et j'aurai toujours le plus d'affection et de reconnaissance.

Seules, les circonstances m'ont empêché d'être l'élève de M. Landouzy. Mais l'affection qu'il m'a témoignée, je dirai même le dévouement dont il a fait preuve dans des circonstances douloureuses font que, lors même que je voudrais le respecter comme un maître, je me sens incapable de faire autre chose que de l'aimer comme un ami.

Amis aussi, d'autres maîtres, qui véritablement se sont toujours, vis-à-vis de moi, montrés tels que je ne saurais les considérer autrement qu'avec une respectueuse affection : M. Deny, mon premier maître dans l'internat, M. Gérard Marchant, MM. Jalaguier, Campenon, Bazy, Ricard, que je remercie tous ici de leur bienveillance constante.

Je dois à M. Gérard Marchant une reconnaissance toute spéciale. Il m'a généreusement fourni pour ma thèse conseils et documents. Je le remercie sincèrement de l'affection véritable qu'il m'a toujours montrée.

Je ne saurai passer sous silence M. le professeur Guyon, qui, en m'accueillant dans son magnifique service, avec une affabilité dont je le remercie du fond du cœur, m'a permis d'écouter ses fortes et substantielles leçons, d'assister à sa merveilleuse pratique et de pouvoir ainsi me dire quelque peu son élève.

Je n'ai fait que passer dans le service de M. le professeur Pinard. J'y suis resté assez longtemps pour y puiser de bonnes et saines notions d'obstétrique. Il m'a suffi de l'entendre parler et de le voir agir. J'ai retrouvé dans son service tout le charme d'une amabilité que je connaissais déjà.

Il y a peu de temps encore qu'un concours m'a conduit à l'amphithéâtre de Clamart, sous les ordres de M. Quénu. Je savais déjà la droiture de son esprit et l'indépendance de son caractère. Je sais, dès maintenant, qu'il est aussi jaloux de l'indépendance de ceux qui ont le plaisir de travailler sous sa direction que de sa propre liberté. Qu'il me permette de l'en remercier ici sincèrement.

Un mot enfin, et bien cordialement sympathique à Édouard Brisaud, qui pour beaucoup est un maître, et qui, pour moi, ne sera jamais qu'un ami, parce que je le verrai toujours à travers sa complaisance, son affection, sa bonté véritable pour moi et pour tous les miens.

Quant au Dr Paul Reclus, mon premier guide, mon soutien le plus ferme dans la dure vie des concours, il sait, sans que j'aie besoin d'ajouter encore à cette trop longue préface, que j'ai pour lui une affection presque filiale et une reconnaissance profonde.

L'APPAREIL SUSPENSEUR DU FOIE

CHAPITRE I

ANATOMIE

« On est étonné de voir un organe aussi volumineux que le foie, qui n'offre pas moins de vingt à vingt-cinq centimètres de développement dans son diamètre transversal et qui pèse habituellement de quinze cents à deux mille grammes, n'être suspendu que par des replis péritonéaux minces et transparents qui sembleraient devoir se rompre à la moindre secousse. » Rien n'est plus naturel que cette réflexion de Richet (1), et si l'on en croyait tous les traités d'anatomie que l'on considère aujourd'hui, et à bon droit, comme classiques, la fixité du foie, presque immuable dans l'hypochondre droit constituerait, en vérité, un paradoxe anatomique. Sans doute, la plupart des auteurs assignent au foie, comme moyen de suspension le plus efficace, ses ligaments, ou plutôt les replis péritonéaux auxquels on a donné ce nom. Mais la plupart aussi, trouvant les ligaments trop faibles ou insuffisants, font jouer le rôle le plus important à la masse intestinale, à l'estomac et au côlon, « coussinet élastique » sur lequel le foie viendrait reposer mollement.

(1) *Anatomie Méd.-Chir.*, p. 805.

Tel est l'avis de Sappey (1), Richet (2), Cruveilhier (3), Paulet est plus explicite et plus catégorique encore : « A ne considérer, dit-il, en parlant des ligaments, que la transparence et la délicatesse de ces feuillets séreux, il semblerait que le foie devrait être l'organe le plus mobile et le plus facile à déplacer de tous ceux qui sont contenus dans l'abdomen. Il en serait ainsi, en effet, si la glande n'était soutenue par toute la masse intestinale, comme par un coussinet élastique sur lequel elle oscille lentement et sans saccades » (4).

Landau (5) lui-même qui, et nous aurons l'occasion d'y revenir longuement plus loin, a fait l'étude la plus complète et la mieux fouillée des conditions de stabilité du foie, tombe dans cette erreur et, après avoir parfaitement décrit les ligaments, après avoir insisté plus qu'on ne l'avait fait jusqu'alors sur l'importance de la veine cave, il revient, un peu peut-être pour les besoins de la cause qu'il veut défendre, sur ses belles démonstrations antérieures, et fait jouer le rôle principal aux intestins, à l'estomac et au côlon transverse, « coussin de caoutchouc gonflé » sur lequel repose le foie. Bien plus, dit encore Landau, c'est la paroi abdominale antérieure qui, tendue des côtes au pubis, vient presser sur les intestins, les refoule dans tous les sens, et les empêche de tomber vers le bas. C'est donc à elle qu'il faudrait, en dernière analyse, faire jouer le rôle capital dans la question qui nous occupe, et il n'hésite pas, en effet à faire de la chute du foie une conséquence de l'éventration. Nous reviendrons plus loin sur ce point et verrons ce qu'il en faut penser.

Pour le moment nous constatons que, si l'on en croit la plupart des auteurs, c'est à la masse intestinale, c'est au traditionnel « coussinet élastique » qu'il faut rapporter la plus grande part dans la suspension du foie tout en haut de la cavité abdominale.

Eh bien, nous n'hésitons pas à déclarer que c'est là une erreur complète, absolue, et que le foie possède des moyens de suspension qui lui sont propres, moyens extrêmement puissants et qui suffisent largement à le soutenir, sans qu'il soit besoin d'invoquer pour expliquer sa stabilité remarquable la présence des intestins.

(1) *Anat. descriptive*, vol. IV, p. 306.

(2) *Anat. méd.-chirurgicale*, p. 805.

(3) *Anat. descriptive*, II, p. 175.

(4) *Anat. topogr.*, t. I, p. 459.

(5) *Die Wanderleber, und der Hangebauch der Frauen*. Berlin, 1885.

Nous ne voulons pas dire, cependant, que ces derniers soient sans action. Il est certain, il est évident qu'ils en ont une, mais cette action est extrêmement faible et presque négligeable à côté de celle des autres moyens que nous allons passer en revue et décrire avec quelques détails.

Nous verrons ensuite quelle importance respective il faut attribuer aux divers éléments qui, pris dans leur ensemble, constituent l'appareil suspenseur du foie.

Ces éléments sont de trois ordres :

1° Des replis péritonéaux qui unissent le foie aux organes voisins et en particulier au diaphragme ;

2° Des organes qui n'ont rien de commun avec les feuillets séreux du péritoine, et qui, adhérant d'une part au foie, d'autre part aux parties voisines, s'opposent plus ou moins énergiquement à ses déplacements et à sa chute.

3° Enfin, divers organes auxquels le foie n'adhère en aucune façon, mais qui, situés au-dessous de lui, peuvent lui servir de point d'appui, et font, par conséquent, dans une certaine mesure, partie de son « appareil suspenseur ».

§ 1. — Les ligaments du foie.

Aux points où des vaisseaux, venus des parois de la cavité abdominale ou du sein des organes contenus dans son intérieur, vont aborder le foie, le péritoine voit son feuillet séreux se déprimer devant eux en s'accolant à lui-même par sa face profonde pour les accompagner jusqu'au point où ils viennent au contact du tissu hépatique. Ainsi se constituent des replis péritonéaux, à double surface séreuse, qui ne s'écartent en aucune façon du type général des organes du même genre, mésentère, mésocôlon, ligaments larges. Ces replis portent le nom de ligaments du foie.

En réalité, le foie tout entier est extra-péritonéal. Il fait saillie dans l'abdomen en repoussant le péritoine qui s'accole intimement à lui. Il ne diffère donc en cela d'aucun des viscères, rate, estomac, gros ou petit intestin, qui semblent inclus dans la cavité péritonéale, sans s'y trouver en réalité. Mais ici, la situation se complique, et du fait que le foie est un véritable organe central vers lequel convergent, soit pendant la vie intra-utérine, soit après la naissance, nombre de vaisseaux importants, il résulte qu'au niveau de chacun des vaisseaux qui le pénètrent, on trouve nécessairement un repli péritonéal. Et celui-ci, plus ou moins net, mais toujours existant, s'entre-croisant avec des replis voisins, ira former par sa réunion avec eux, un système plus ou moins confus, dont le plan est loin de présenter cette simplicité qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine la disposition du péritoine au niveau des autres viscères.

Les principaux vaisseaux qui viennent converger vers le foie, en le pénétrant plus ou moins, sont au nombre de trois : la *veine ombilicale* chez le fœtus, ou, quelque temps après la naissance, le cordon fibreux qui la remplace. Elle s'insinue sous le foie, profondément cachée dans le sillon antéro-postérieur qui aboutit à l'encoche du bord tranchant, parfois même se creuse un canal véritable, de même direction, mais limité de tous côtés par le tissu du foie. La *veine cave*, qui aborde la glande en se creusant une gouttière, souvent même un canal

dans l'épaisseur de son bord postéro-supérieur, immédiatement à droite du lobe de Spiegel. La *veine porte* enfin qui pénètre le foie au centre de sa face inférieure, au milieu du sillon transverse. A ces trois vaisseaux vont correspondre trois replis péritonéaux, trois ligaments à deux feuillets plus ou moins écartés, et qui feront entre eux, comme les vaisseaux qui les guident, des angles plus ou moins ouverts. De ces ligaments, l'un, celui qui renferme la veine cave, est à peu près transversal. Il correspond grossièrement au bord postéro-supérieur du foie, c'est le *ligament coronaire*, que viennent prolonger à ses extrémités les *ligaments triangulaires*; l'autre, guidé par la veine ombilicale est presque perpendiculaire au premier et va se jeter directement sur lui, c'est le *ligament suspenseur du foie*, la *grande faux du péritoine*. Il va aussi, mais d'une façon bien moins apparente, en passant sous le foie, se jeter obliquement par son arête inférieure qui accompagne la veine ombilicale, sur le troisième ligament. Celui-ci, dirigé par la veine porte, vient d'en bas, comme ce vaisseau, et va se fixer dans le sillon transverse du foie en engainant tous les organes qui s'y rendent ou qui en sortent. C'est l'*épiploon gastro-hépatique*. Ce dernier ligament ne fait point en réalité partie de l'appareil de suspension du foie, bien qu'il contribue quelque peu à sa fixité latérale, mais nous ne pouvions l'omettre dans cette description rapide, dans ce plan général des replis péritonéaux qui vont converger vers le foie.

De ces divers ligaments, nous ne décrirons avec quelque détail que les deux premiers, nous réservant de dire plus loin quelques mots seulement sur le rôle de l'épiploon gastro-hépatique.

Les deux seuls ligaments qui contribuent véritablement à soutenir le foie sont le ligament suspenseur proprement dit, et le ligament coronaire avec ses deux annexes latérales, les ligaments triangulaires.

Ces deux ligaments à peu près perpendiculaires l'un à l'autre, font d'ailleurs partie d'un seul et même système, le système ligamenteux supérieur. Leurs feuillets se continuent sans ligue de démarcation, le feuillet droit du ligament suspenseur se confondant au niveau du bord postéro-supérieur du foie avec la moitié droite du feuillet antérieur du ligament coronaire, tandis que le feuillet gauche, au contraire, va se continuer avec la moitié gauche du même feuillet antérieur.

Ils sont, nous l'avons dit, presque perpendiculaires l'un à l'autre, mais on observe à ce sujet les plus grandes variétés.

Rarement les deux angles formés par le ligament suspenseur et le feuillet antérieur du ligament coronaire sont droits. Presque toujours ils sont inégaux, et dans ce cas c'est en général l'angle de droite qui est le plus petit. Souvent d'ailleurs les deux angles sont obtus, ce qui tient à ce que les deux moitiés du feuillet antérieur du ligament coronaire ne sont pas sur le prolongement l'une de l'autre mais forment un angle ouvert en arrière laissant en avant plus de 180°. On peut très bien se rendre compte de ces divers particularités sur les figures 1, 2, 3, pages 19 et 20 où l'on voit, indiquée par des hachures, la trace de ces ligaments sur la convexité du foie.

Le point de jonction de ces deux ligaments se fait à peu près au niveau de la veine cave inférieure, au moment où elle apparaît au-dessus du bord postérieur du foie, plus exactement au niveau de l'abouchement de la veine sus-hépatique gauche dans le tronc de la veine cave. Et ce détail est d'une grande importance, puisque c'est là, comme nous le verrons, le point le plus fixe du foie, celui par lequel passent tous les axes autour desquels il peut tourner et basculer. La jonction de deux ligaments dont la direction et le rôle sont si différents ne pouvait évidemment se faire qu'en un point fixe, immobile, en un point pour ainsi dire neutre.

Ces deux ligaments se portent l'un et l'autre du diaphragme vers le foie. Mais leur aspect général, leur disposition et leur conformation particulières sont très différents. Il est donc nécessaire d'entrer dans des détails que rendra plus clairs, nous l'espérons, l'examen des quelques figures que nous avons jointes au texte.

Le premier ligament qu'on rencontre est un long repli péritonéal, montant-obliquement de l'ombilic vers l'échancrure du bord tranchant du foie dans laquelle s'insinue sa partie la plus inférieure.

C'est le *ligament suspenseur du foie*, que l'on appelle encore à cause de sa forme, *grande faux du péritoine* ou *faux de la veine ombilicale*. C'est ce dernier nom qui nous semble le meilleur, car il indique en même temps que la forme du ligament, sa situation et sa raison d'être. Le nom de ligament suspenseur perpétue au contraire une erreur, car, ainsi que nous aurons l'occasion d'y revenir, il ne sus-

pend rien, ou à peu près rien. Nous continuerons cependant à l'appeler de ce nom, consacré par un universel usage.

Mince et diaphane, presque transparent, il s'insère sur la concavité du diaphragme et la face profonde de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au centre phrénique, en suivant une ligne légèrement courbe dont la concavité regarde vers la gauche. De là, il se porte vers la face convexe du foie qu'il aborde obliquement de gauche à droite et sur laquelle il se fixe. Son insertion trace sur le foie une ligne qui s'étend un peu obliquement de bas en haut et de droite à gauche, depuis l'échancrure du bord antérieur jusqu'à la veine cave, où il se continue à droite et à gauche avec les feuillets correspondants du ligament coronaire. Son insertion sur la paroi et la voûte de l'abdomen est presque exactement médiane, elle se fait à quelques millimètres à peine à droite de la ligne blanche sus-ombilicale. Son insertion hépatique, au contraire, est située un peu vers la droite surtout au niveau du point où le ligament aborde le foie, c'est-à-dire au niveau de l'échancrure qui divise le bord tranchant. Il en résulte que ce ligament n'est pas situé dans un plan vertical, mais bien dans un plan oblique en arrière et à droite. D'ailleurs l'inclinaison en est variable et dépend essentiellement de la distance qui sépare la convexité du foie de la paroi abdominale et de la voûte du diaphragme, distance presque nulle lorsque l'abdomen est fermé.

Dans ces conditions, le ligament est très oblique, parfois même presque transversal, couché sur le foie à gauche de sa ligne d'insertion, incapable par conséquent, ainsi que Hyrtl l'a depuis longtemps fait remarquer, de lui servir de soutien. Lors, au contraire, que le foie vient à s'écarter un peu de la paroi et à se porter vers la profondeur, il bascule légèrement vers la gauche et la ligne d'insertion hépatique du ligament devenant presque médiane, le ligament tout entier se trouve alors presque exactement dans un plan antéro-postérieur.

Entre l'ombilic et l'incisure hépatique, le ligament présente un bord libre, rectiligne, très épais, donnant aux doigts qui le pressent la sensation d'un cordon à peu près cylindrique, souple, mais résistant. C'est le cordon fibreux qui résulte de l'oblitération de la veine ombilicale, canal largement béant pendant la vie intra-utérine, perméable encore pendant un temps variable après la naissance, finissant enfin par s'oblitérer tout à fait.

Parti de la demi-circonférence supérieure de l'anneau ombilical auquel il adhère intimement, recouvert encore en partie pendant quelques centimètres par le plan fibreux irrégulièrement perforé qui forme le canal ombilical décrit par Rich et, il monte très obliquement, presque verticalement même, vers l'échancrure hépatique dans laquelle il pénètre pour se continuer sous le foie, tandis qu'au contraire le repli péritonéal qui l'accompagnait jusqu'alors se porte au-dessus du foie pour s'insérer sur sa convexité.

Lorsque le bord antérieur du foie vient s'appuyer contre la paroi abdominale, comme il le fait à l'état normal, le cordon de la veine ombilicale, partant de la paroi pour se rendre en un point immédiatement en contact avec elle, lui est contigu sur toute sa longueur, et le repli péritonéal qui les sépare est plus ou moins plissé. Dans ces conditions le cordon, ou, ce qui revient au même, le bord libre du ligament, est presque vertical. Il ne devient oblique et ne se porte vers la profondeur que lorsque le bord du foie s'écarte lui-même de la paroi.

Le ligament suspenseur du foie a donc un aspect bien différent suivant que le foie vient toucher la paroi abdominale, ou qu'au contraire il s'en éloigne.

Dans le premier cas, il est ridé, plissé, flottant, et vient s'appliquer assez irrégulièrement, par sa face latérale gauche, sur la convexité du foie. Dans le second cas, qui ne s'observe guère que par un procédé artificiel, lorsque, l'abdomen étant ouvert, on repousse le foie dans la profondeur ou qu'on soulève, au contraire, la paroi abdominale, le ligament se tend, son bord libre, rempli par le cordon de la veine ombilicale s'écarte de son insertion pariétale, et c'est alors qu'il prend la forme d'un long repli presque vertical, d'autant plus large qu'on le considère plus loin de l'ombilic, forme qui lui a fait donner ce nom qui fait image, de grande faux du péritoine ou de la veine ombilicale.

Ce grand repli falciforme est, nous l'avons vu, composé de deux feuillets contigus et étroitement réunis par leur face profonde.

Sur la plus grande partie de leur étendue ils sont si bien accolés qu'il est impossible de les séparer et qu'ils forment une double surface sereuse dont les parties profondes sont presque confondues, adhérant l'une à l'autre par quelques fibres conjonctives entremêlées de fibres élastiques assez abondantes en plusieurs endroits. Mais en certains points ces deux feuillets s'écartent.

Il en est ainsi près du bord libre, au niveau duquel, d'ailleurs ils se continuent.

Ils donnent en ce point passage au cordon de la veine ombilicale, et contiennent presque constamment, surtout vers l'ombilic, quelques lobules graisseux, parfois une véritable nappe adipeuse, à travers laquelle glissent quelques vaisseaux et en particulier des veinules, qui font partie du système des veines portes accessoires qui de la paroi de l'abdomen vont jusque dans le foie. Chez les sujets très gras, il n'est pas rare de rencontrer en ce point des appendices graisseux, analogues par leur forme et leurs dimensions aux appendices épiploïques du gros intestin.

Au niveau de l'insertion sur la face profonde de l'abdomen, les feuillets laissent également s'infiltrer entre eux un peu de graisse et quelques capillaires, puis ils vont se continuer de chaque côté avec le péritoine pariétal. Au niveau de l'insertion sur le foie, l'union des deux feuillets est tout à fait intime. Ils s'accompagnent et s'unissent solidement jusqu'au point où ils rencontrent la surface convexe du foie. Ils se séparent alors brusquement l'un de l'autre et tournent à angle droit pour se continuer avec la mince couche séreuse qui recouvre la glande. A la partie la plus reculée du ligament, vers la veine cave, les deux feuillets commencent seulement à s'écarter l'un de l'autre, en formant un angle très aigu à sinus postérieur. Ils vont alors se confondre sur les côtés avec les deux moitiés correspondantes du feuillet antérieur du ligament coronaire, et, en haut avec le péritoine qui tapisse la coupole diaphragmatique.

Ajoutons qu'au niveau de l'insertion hépatique on voit, même à l'œil nu, de gros troncs lymphatiques qui, nés sous le péritoine qui recouvre le foie, courent entre les deux feuillets de la faux pour aller, après avoir traversé le diaphragme, se jeter dans les ganglions qui avoisinent les vaisseaux mammaires internes.

Quant au feuillet séreux qui accompagne sous le foie le cordon de la veine ombilicale, il disparaît en tant que ligament, et recouvrant simplement le cordon et la graisse qui l'entoure, il tapisse le point le plus déprimé de la profonde gouttière où vient s'engager ce cordon et se continue de chaque côté avec le feuillet péritonéal adhérent aux berges de cette gouttière. A son extrémité il va se confondre avec le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique sur lequel il vient se jeter au niveau du sillon transverse.

Le véritable ligament suspenseur du foie c'est le *ligament coronaire*. Encore serait-il plus exact de dire que le foie est soutenu bien plutôt par les nombreux liens cellulux et vasculaires contenus dans l'épaisseur de ce ligament que par ce ligament lui-même.

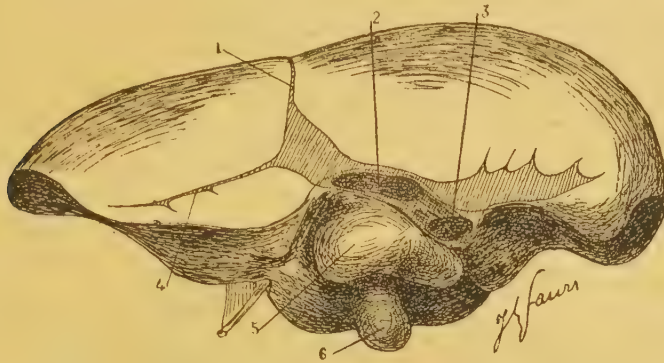
D'ailleurs le ligament coronaire n'est pas un ligament, au moins au sens ordinaire qu'on attache à ce mot quand on l'applique à des replis du péritoine. Les ligaments péritonéaux sont, en effet, des replis nets, bien définis, bien limités, avec deux faces séreuses adossées par leur partie profonde, comme le ligament suspenseur que nous venons de décrire, comme les ligaments larges, comme le mésentère. Ici rien de pareil. En arrière et au-dessus du foie, sur son bord postéro-supérieur, est un vaste espace rugueux, non recouvert de péritoine, où le tissu du foie entre en contact direct avec la face inférieure du diaphragme et, en particulier, avec l'épanouissement de son pilier droit. Dans cet espace, on trouve du tissu cellulaire en abondance, parfois un peu de graisse et de nombreux vaisseaux. En avant, sur la face convexe du foie, le péritoine se réfléchit ; en arrière, toujours sur la face convexe, puis le long de l'arête mousse de son bord postérieur, puis enfin sur la face inférieure, il se réfléchit également.

Les deux feuillets péritonéaux sont donc plus ou moins écartés, ils n'ont de rapports l'un avec l'autre que vers les extrémités du foie. En un mot ils ne sont en aucune façon solidaires l'un de l'autre, ils s'en vont chacun de leur côté, et, au moins dans leur partie moyenne, ne forment rien qui ressemble à un repli net et bien limité, à un ligament véritable. Nous n'en conserverons pas moins à l'ensemble de ces replis du péritoine le nom de ligament coronaire, trouvant parfaitement inutile de le débaptiser et d'embrouiller ainsi une question sur laquelle tout le monde est d'accord.

Donc le ligament coronaire est situé à l'extrémité la plus reculée de la face convexe du foie, près de son bord postérieur, ou plutôt postéro-supérieur, sur lequel il empiète en partie en s'étendant jusque sur la face inférieure, comme on le voit très nettement sur les figures 1, 2, 3, où nous avons marqué par des hachures l'espace limité par les feuillets du ligament. On en peut ainsi saisir l'étendue, la forme et la disposition.

Il est interposé au foie et au diaphragme qu'il aborde dans sa moitié postérieure, au niveau de la foliole droite du trèfle phrénique, de l'orifice de la veine cave inférieure et du point où commencent à diver-

ger les fibres musculaires qui émanent du pilier droit. Sa hauteur est nulle, au moins dans toute sa partie moyenne, puisque le diaphragme



Foie de nouveau-né vu par sa partie postérieure. La partie recouverte par des hachures est dépourvue de péritoine.

FIG. I. — 1. Trace du ligament suspenseur. — 2. Section supérieure de la veine cave — 3. La section inférieure. — 4. Trace du ligament triangulaire gauche. — 5. Lobe de Spigel. — 6. Vésicule biliaire.

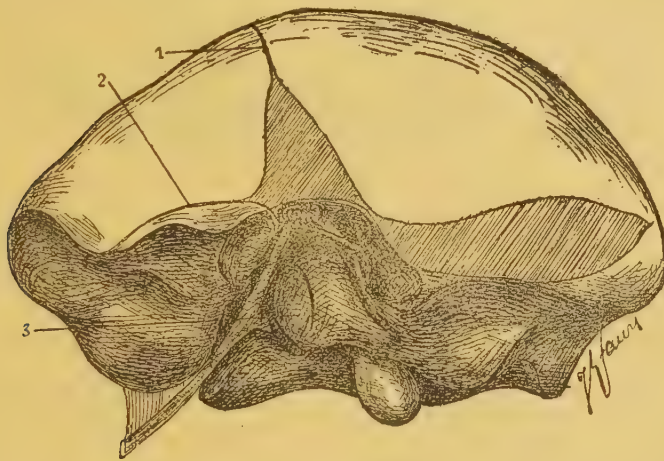


FIG. 2. — 1. Trace du ligament suspenseur. — 2. Trace du ligament triangulaire gauche. — 3. Lobe de Spigel.

et le foie sont à ce niveau en contact immédiat. Ce n'est qu'à ses deux extrémités qu'il change d'aspect, de forme et de nature. Il devient

alors un ligament véritable. Le foie, en effet, s'écarte du diaphragme au niveau du point où sa face convexe commence à fuir vers le bas, et de supérieure qu'elle était devient latérale droite. Il s'en écarte également au niveau de l'extrémité de son lobe gauche, mince et flottant sur l'estomac.

C'est alors que, le foie abandonnant le contact direct du diaphragme, les deux feuillets du ligament coronaire se rejoignent, s'unissent et constituent alors, à droite et à gauche, deux véritables ligaments, minces, transparents, séreux sur leurs deux faces, plus ou moins verticaux, terminés par un bord tranchant. Ce sont les *ligaments trian-*



FIG. 3. — *Foie de nouveau-né.* Vue postérieure. Les hachures recouvrent la partie dépourvue de péritoine, beaucoup plus large ici que sur les figures précédentes.

1. Trace du ligament suspenseur. — 2. Lobe supplémentaire. — 3. Trace du ligament triangulaire gauche. — 4. Section supérieure de la veine cave et abouchement des veines sus-hépatiques. — 5. Section inférieure de la veine cave. — 6. Trace du ligament triangulaire droit, qui est double.

gulaires, encore appelés *ligaments latéraux*, que la plupart des auteurs décrivent à part, mais qui ne sont, à vrai dire, que les extrémités du ligament coronaire.

Si la hauteur du ligament coronaire est nulle, il n'en est pas de même de sa largeur. Celle-ci est mesurée par la dimension de la surface hépatique libre de péritoine. Elle est extrêmement variable et les auteurs commettent à son sujet de singulières erreurs. Ceux qui donnent des chiffres restent, en effet, infiniment au-dessous de ses dimensions

communes. Dix à douze millimètres, dit Sappey; deux ou trois centimètres, dit Landau. Nous pouvons affirmer que les chiffres donnés par Sappey sont absolument exceptionnels; que, au moins immédiatement à droite de la veine cave, ceux de Landau même sont rares, tandis qu'il est fréquent de pouvoir mesurer entre les deux feuillets du ligament coronaire, cinq, six, huit, dix, douze centimètres et même davantage. Si nous insistons sur ce point, c'est parce qu'il est fort important, car de la largeur du ligament coronaire, c'est-à-dire de l'étendue, des adhérences celluleuses et vasculaires qui unissent le foie au diaphragme, dépend en partie la solidité de ses moyens de suspension.

Le ligament coronaire est donc très large. On peut s'en rendre compte par l'examen de nos dessins, qui répondent à peu près aux divers types que nous avons rencontrés dans l'examen d'une grande quantité de foies, chez des nouveau-nés, comme chez des adultes. Il ne sera pas moins facile de suivre, sur nos diverses figures, le trajet de ses deux feuillets, que nous allons maintenant décrire en y joignant l'étude des ligaments latéraux qui en sont une simple dépendance.

Le feuillet antérieur du ligament coronaire est séparé en deux moitiés inégales par le ligament suspenseur qui vient prolonger ses feuillets avec chacune d'elles, le feuillet droit du ligament suspenseur se continuant avec la moitié droite du feuillet antérieur qui nous occupe, le feuillet gauche avec la moitié gauche. La moitié droite est d'ailleurs beaucoup plus longue, parce que le lobe droit lui-même est plus étendu, et elle contribue presque seule à former le ligament coronaire proprement dit. La moitié gauche, en effet, prolongeant le feuillet correspondant du ligament suspenseur, contribue presque uniquement à former le ligament latéral ou triangulaire du même côté, qui s'avance, comme nous le verrons, presque jusqu'à la veine cave, au point de jonction du ligament suspenseur avec le ligament coronaire, lequel est, par conséquent, situé presque tout entier à droite de la veine cave.

Le feuillet antérieur du ligament coronaire proprement dit est donc situé presque tout entier à droite de la veine cave, de la partie antérieure de laquelle il s'approche en général beaucoup, souvent même jusqu'à la toucher, en passant obliquement devant elle pour aller rejoindre le ligament suspenseur.

Son aspect est très variable suivant les sujets. Parfois il est uni, régulier, sans arêtes ni saillies d'aucune sorte; souvent, au contraire, il présente un certain nombre de petits replis verticaux, qu'on voit très bien en soulevant la partie antérieure du diaphragme désinséré et en l'écartant du foie. Ces replis, plus ou moins nombreux, sont verticaux, ou à peu près; leur bord tranchant, concave, se dirige en avant, et ils limitent entre eux des dépressions, parfois de véritables petites logettes plus ou moins profondes, plus ou moins régulières qui don-

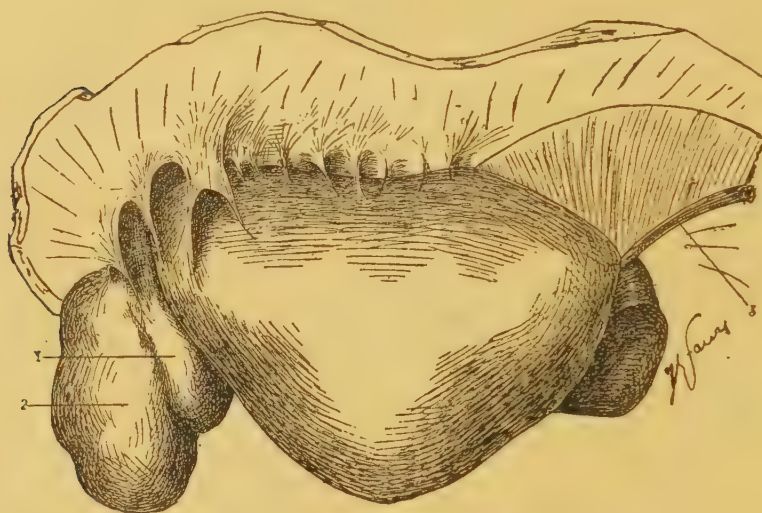


FIG. 4. — *Le feuillet antérieur du ligament coronaire avec ses nombreux replis.*
Foie de nouveau-né.

1. Capsule surrénale. — 2. Rein droit. — 3. Veine ombilicale.

nent à cette partie du péritoine une physionomie tout à fait spéciale.

Il en est ainsi jusqu'à l'extrémité droite du ligament coronaire, c'est-à-dire jusqu'à l'extrémité du ligament triangulaire droit. D'ailleurs très souvent celui-ci n'existe pas. Lorsqu'il existe, il est la plupart du temps très petit, très irrégulier, parfois double, presque toujours antéro-postérieur ou tout au moins très oblique en avant. Il est, en réalité, analogue aux divers petits replis que nous venons de signaler; il n'en diffère que par ses dimensions, plus considérables et par son siège, tout à fait à l'extrémité du ligament coronaire, et non

pas simplement sur sa partie antérieure. Les figures ci-jointes donnent une idée très nette de cette disposition (fig. 4 et 5).

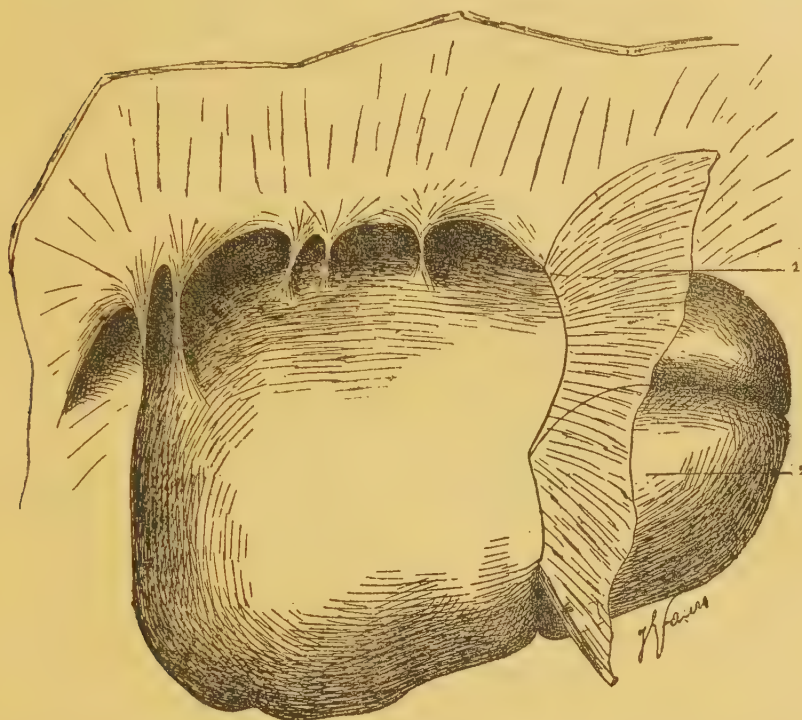


FIG. 5. — *Le feuillet antérieur du ligament coronaire.* Ce foie est le même que celui qui est représenté figure 3.

1. Ligament suspenseur. — 2. Lobe surnuméraire.

Le feuillet postérieur du ligament coronaire est plus difficile à décrire, parce qu'il est plus difficile à voir. Pour bien se rendre compte de sa disposition, d'ailleurs assez variable, il faut faire deux préparations.

La première consiste à enlever complètement le foie, en sectionnant tous les organes qui l'abordent, vaisseaux et feuillets du péritoine au ras du tissu hépatique. On voit alors très bien, près du bord postéro-supérieur du foie, la ligne irrégulière où commence le revêtement péritonéal, et où, par conséquent, vient prendre insertion le feuillet postérieur dont nous nous occupons.

La seconde préparation permet de voir le feuillet par sa face inférieure, c'est-à-dire le point de réflexion du péritoine au-dessous et en arrière du foie. Pour le bien apercevoir, il est nécessaire de soulever le foie de façon à ce que sa face inférieure devienne antérieure, et bien visible. On y arrive facilement en sectionnant transversalement l'épiploon gastro-hépatique avec les organes qui y sont contenus et vont au hile du foie, ou en viennent. Cette section doit être pratiquée au niveau de l'hiatus de Winslow.

On a alors sous les yeux le feuillet profond de l'arrière-cavité des épiploons, et, en soulevant fortement le foie, le point où, au sommet de cette arrière-cavité, le feuillet séreux abandonne la paroi profonde de l'abdomen pour se porter sur le tissu du foie.

Ainsi l'on peut prendre connaissance des diverses particularités que présente le feuillet postérieur du ligament coronaire, limite péritonéale de l'espace cellulaire au niveau duquel viennent s'accoler le diaphragme et le foie.

Sur le foie, la ligne qui limite cet espace, ligne d'insertion de notre feuillet postérieur, est assez constante. Partant de l'extrémité du lobe droit, où elle se continue avec la limite postérieure du ligament triangulaire droit, souvent absent, à un ou deux centimètres environ de l'arête mousse du bord postéro-supérieur, elle se porte obliquement en arrière et à gauche pour venir croiser ce bord à peu près au tiers de sa longueur à partir du point où il s'échancre pour laisser passer la veine cave. Elle arrive alors sur la face inférieure du foie, en son point le plus reculé et le plus élevé, et gagne après un court trajet la demi-circonférence antérieure de la veine cave au point où celle-ci prend contact avec le foie. Abordant la veine cave par la droite, elle la contourne donc en passant par-devant, gagne son bord gauche et atteint en ce point le lobe de Spigel. Elle suit sa limite postérieure tout près du bord gauche de la veine cave, ne tarde pas à croiser le cordon fibreux de la veine ombilicale, et retrouvant l'arête arrondie du bord postéro-supérieur du foie qu'elle avait quitté depuis longtemps, le traverse à nouveau, d'arrière en avant cette fois, au ras de la veine sus-hépatique gauche. Enfin, se dirigeant obliquement en avant et à gauche sur la face convexe du foie, elle va former, après un court trajet de un centimètre environ, la trace du feuillet postérieur du ligament triangulaire gauche. Tel est ce trajet qu'il est facile

de suivre de l'œil sur les figures où nous l'avons représenté (fig. 1, 2, 3, pages 19 et 20).

Ce feuillet postérieur présente encore quelques particularités qu'on ne voit bien qu'en relevant le foie et en l'écartant de la face

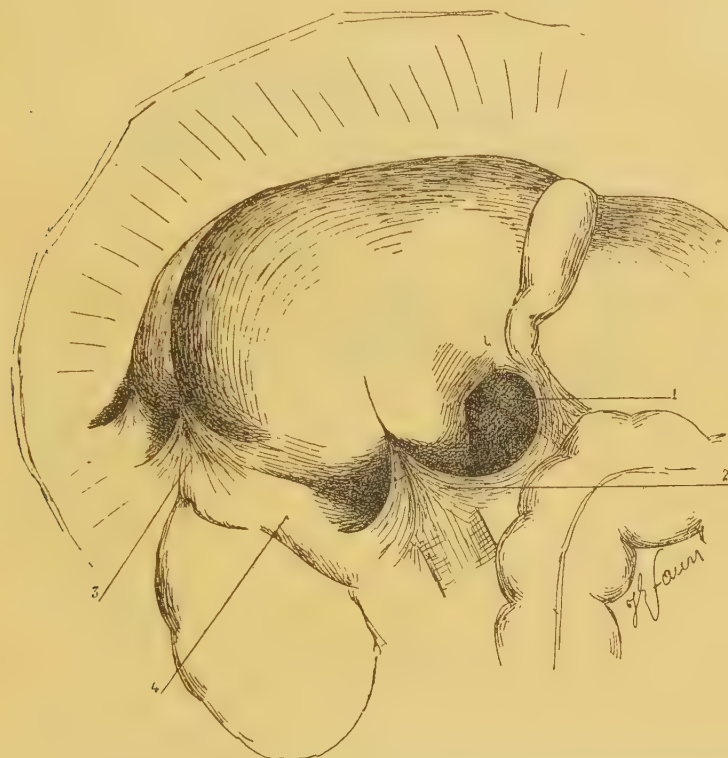


FIG. 6. — *Foie de nouveau-né.* — La face inférieure est visible par soulèvement du bord tranchant. A gauche le rein; à droite l'angle du côlon.

1. L'hiatus de Winslow, et la veine porte qu'on aperçoit par transparence. — 2. Le ligament hépato-surrénal, ou hépato-colique. Derrière lui, par transparence, on voit la veine cave. — 3. Ligament hépato-rénal. — 4. Capsule surrénale.

profonde de l'abdomen, après avoir, au besoin, entièrement coupé l'épiploon gastro-hépatique. Grâce à cette manœuvre, le feuillet se tend et on voit ainsi se dessiner très nettement un certain nombre de plis, dont l'étude est surtout facile chez les nouveau-nés et qui nous ont paru assez constants pour mériter d'être signalés en passant.

Un premier pli, véritable petit ligament, mince mais résistant, au point d'amener la déchirure du tissu hépatique plutôt que de céder, part de l'extrême pointe du lobe droit et se porte vers le bas, en s'éta-



FIG. 7. — *Foie de nouveau-né.* Le foie est soulevé pour voir la face inférieure. Le sillon de la veine ombilicale est ici complètement transformé en canal. On voit le côlon et le cæcum non encore complètement abaissé.

1. Le ligament hépato-surrénal, ou hépato-colique. — 2. Le ligament hépato-rénal. — 3. Le lobe de Spiegel vu par transparence à travers l'épiploon gastro-hépatique. — 4. Rein droit.

lant de plus en plus vers le péritoine qui tapisse la partie supérieure du rein droit, à peu près au niveau du sillon qui sépare le rein de la capsule surrénale tantôt un peu au-dessus, tantôt un peu au-dessous. Il fait souvent sur le nouveau-né une saillie d'un centimètre et davantage, et se termine par un bord tranchant et concave qui regarde en avant. Nous l'appellerons le pli ou le ligament *hépato-rénal*.

A quelques centimètres en dedans, vers la moitié de la distance qui sépare le ligament précédent, c'est-à-dire l'extrémité du lobe droit, du bord libre ou bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, se trouve un deuxième repli péritonéal non moins saillant, non moins constant, non moins solide qui se porte en bas et va s'épanouir sur la face antérieure du rein, près de son sommet, et plus souvent encore sur la

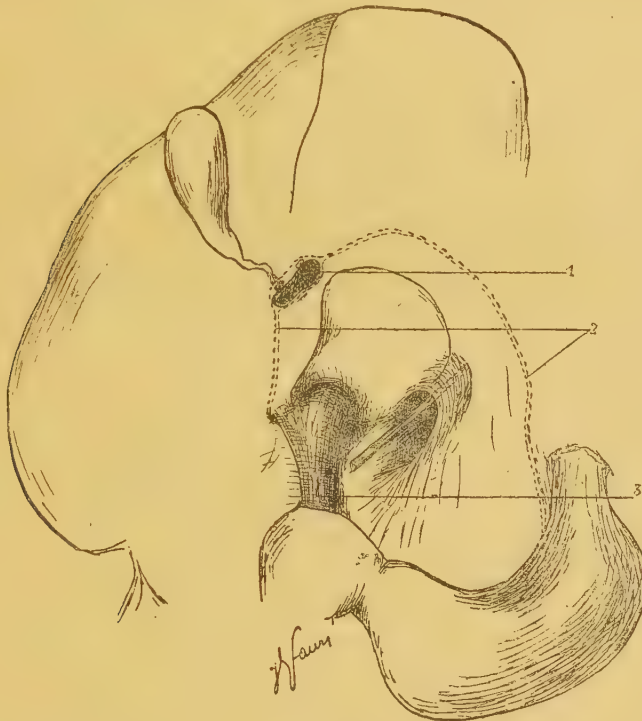


FIG. 8. — *Foie de nouveau-né.* Le foie est soulevé et présente sa face inférieure. L'épiploon gastro-hépatique est enlevé et coupé au niveau de son insertion. Le fond de l'arrière-cavité des épiploons est donc apparent.

1. Section des vaisseaux du hile du foie (veine porte, art. hépatique. Canal cholédoque). — 2. Trace des 2 feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, incisés. — 3. Veine cave et hiatus de Winslow. La fossette sous-splénique est ici très marquée.

partie interne de la capsule surrénale. Nous l'appellerons ligament *hépato-rénal interne*, ou encore ligament *hépato-surrénal*. Très souvent un ou plusieurs de ses plis se prolongent jusque sur l'angle

du côlon et forment en ce point le ligament *hépatocolique*. C'est à ce ligament que M. Gérard Marchant faisait allusion en parlant du ligament *réno-colique* qui n'en est qu'un prolongement (1).

Il est situé en partie en avant de la veine cave. Son bord antérieur est plus ou moins saillant, mais ses bords latéraux sont moins marqués. Son bord externe, concave en dehors, limite une fossette souvent profonde dont la partie la plus reculée est formée par l'angle de réunion du foie et de la capsule surrénale. Son bord interne, concave en dedans, se continue directement, et il est facile de s'en rendre compte en le tendant légèrement, avec le bord concave en sens inverse de l'épiploon gastro-hépatique (voir fig. 6, 7). Il limite ainsi un espace assez restreint au fond duquel se trouve l'hiatus de Winslow, et qui lui forme, pour ainsi dire, une sorte de vestibule.

Enfin, tout au fond de l'arrière-cavité des épiploons, à gauche et en arrière du lobe de Spigel, se trouve quelquefois un dernier repli, bien moins constant que les deux précédents, qui délimite, quand il existe, une petite fossette, profonde de 1 centimètre environ (fig. 8), la *fossette sous-spigeliennne*.

Les divers replis et ligaments que nous venons de mentionner sont de simples plis du péritoine. Ils ne sont point commandés par des vaisseaux et n'en renferment pas. Nous n'avons pu, tout au moins, en découvrir d'appréciables. Lorsque le foie est dans sa position normale ils sont souvent abaissés, et peu visibles. Mais dès qu'on le relève un peu, ils se tendent et, surtout chez le nouveau-né, deviennent très nets.

Après tout ce que nous avons dit de la disposition des feuillets du ligament coronaire, nous n'avons que quelques mots à ajouter à propos des *ligaments latéraux* ou *triangulaires* qui le prolongent à ses extrémités. Formés par l'adossement des deux feuillets du ligament coronaire, ils sont très différents l'un de l'autre. Le droit, nous l'avons vu, manque souvent. Cela tient évidemment à ce que le lobe droit du foie remplit complètement l'hypochondre. Sa face convexe est par conséquent en contact intime et permanent avec le diaphragme dont elle ne peut s'écarter. Il n'y a donc aucune place en ce point pour un ligament de quelque importance et de quelque lon-

(1) GÉRARD MARCHANT. *Journ. des connaiss. méd.*, 23 mars 1882.

gueur unissant le diaphragme au foie. Quand il existe, il est très variable, très irrégulier, en général très petit et presque insignifiant. Sa direction est presque toujours antéro-postérieure et le pli à bord tranchant et concave qu'il forme descend plus ou moins bas sur la convexité du foie. Il peut ainsi, bien que rarement, être assez long, il n'est jamais large et épais. Inconstant et régulier, il est quelquefois double ou triple.

Il n'en est pas de même du ligament triangulaire gauche, qui, lui, mérite bien son nom. Il est constant et a la forme d'un triangle isocèle, à base verticale, répondant au bord libre, à sommet dirigé à droite, atteignant parfois la partie latérale gauche de la veine cave, à côtés égaux, doubles de la base, l'un supérieur, s'attachant au diaphragme, l'autre inférieur, se fixant sur le foie. Le point, ou plutôt la ligne sur laquelle il s'insère, occupe sur le foie une position très constante, presque invariable. Theile, Toldt et Zuckerkandl, et après eux Landau, l'ont très bien vue. Elle est parallèle au bord postérieur du foie qui, à ce niveau, est mince et tranchant, et située à un centimètre et demi environ de ce bord.

A l'extrémité de son insertion hépatique, le ligament triangulaire gauche, ordinairement très mince et très effilé, s'élargit quelquefois et se divise même en deux petites languettes secondaires qui vont, en s'aminçant de plus en plus, mourir à l'extrémité du lobe gauche. Accolés sur toute leur étendue, les deux feuillets du ligament triangulaire s'écartent légèrement à 12 ou 15 millim. environ de la veine cave, puis ils divergent de plus en plus. Le feuillet postérieur se porte en arrière et se continue avec le feuillet correspondant du ligament coronaire, tandis que le feuillet antérieur se porte en avant et va se continuer sans ligne de démarcation avec le feuillet gauche du grand ligament falciforme. Le feuillet antérieur, à l'inverse de ce qui se passe à droite, est toujours lisse, uni, sans pli appréciable. Le feuillet postérieur présente au contraire quelquefois un ou deux petits plis verticaux sans aucune importance.

La hauteur du ligament latéral gauche est variable. Il a souvent, à sa base, jusqu'à trois centimètres et davantage. Cela tient à l'extrême mobilité du lobe, ou plutôt de la languette gauche du foie qui, reposant sur l'estomac, se meut à chaque instant, change souvent de direction, et reste, en tous cas, rarement appliquée contre le diaphragme.

Le ligament qui sert à suspendre cette languette mobile doit donc nécessairement présenter une certaine longueur.

Sur la face inférieure du diaphragme, il s'insère, presque exactement, au niveau du centre phrénique et un peu à gauche de lui, suivant une ligne à peu près transversale et un peu postérieure, près du point

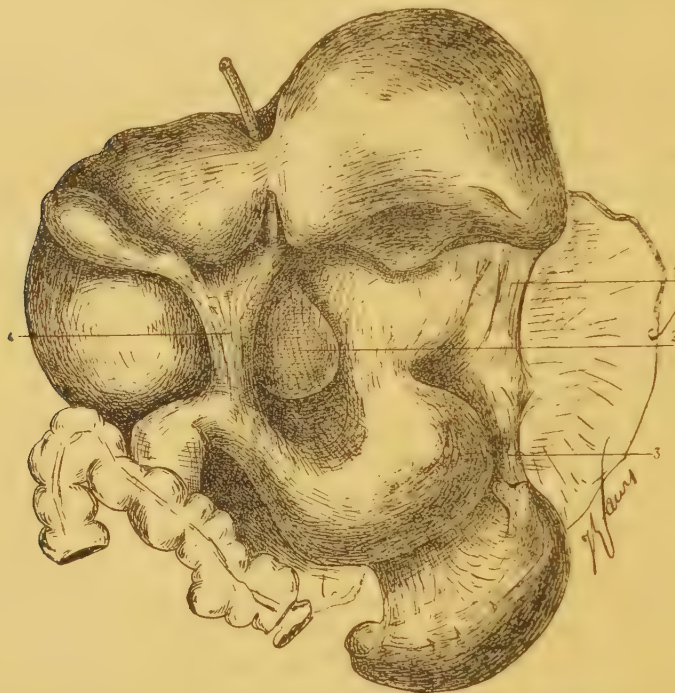


FIG. 9. — *Foie de nouveau-né.* Le foie est fortement relevé, tandis que la rate est abaissée. On voit la continuation du ligament triangulaire gauche avec le ligament spléno-diaphragmatique.

1. Ligament triangulaire gauche. — 2. Lobe de Spiegel vu par transparence. — 3. Ligament spléno-diaphragmatique. — 4. Epiploon gastro-hépatique renfermant la veine porte.

où le péritoine abandonne le diaphragme pour passer en avant du rein.

Dans certains cas, il se continue presque directement par son insertion diaphragmatique avec l'insertion du ligament suspenseur de la rate qui part, lui aussi, de la coupole phrénique pour se porter

vers le sommet de cet organe. Mais, en général, le bord externe du ligament gauche vient s'épanouir sur le péritoine, en dedans de l'épiploon spléno-diaphragmatique. Quand on le tend en relevant le foie (fig. 9), on détermine un certain nombre de plis, inconstants, qui se dirigent en général en bas et en dedans vers le cardia et la grosse tubérosité de l'estomac sur lesquels ils se fixent

Au niveau de la ligne d'insertion du ligament triangulaire gauche sur le diaphragme, entre les deux feuillets qui s'écartent légèrement, se trouve une grosse veine, la veine diaphragmatique inférieure gauche, qui suit cet interstice pour aller se jeter dans la veine cave, au sommet du ligament latéral. Cette particularité nous a semblé constante.

Ce ligament est solide, mais transparent et peu épais, quelques dixièmes de millimètres à peine. Les deux surfaces séreuses qui le forment, adhèrent fortement entre elles par leur face profonde. Celles-ci sont unies par un tissu conjonctif à fibres élastiques assez abondantes au milieu duquel rampent un certain nombre de capillaires et que traversent de gros troncs lymphatiques. Ceux-ci sont bien visibles au moment où ils entrent dans l'intérieur du ligament, et conduisent aux ganglions sus-diaphragmatiques la lymphe qui provient des ramuscules plus fins que l'on voit courir sur la face convexe du foie, sous la transparence de la séreuse.

Les ligaments que nous venons de décrire sont les seuls qui contribuent à soutenir le foie. L'épiploon gastro-hépatique, en effet, loin de servir à le suspendre, est au contraire supporté par lui, avec l'estomac qu'il engaine, avec la veine porte et ses rameaux accessoires et collatéraux, avec les voies d'excrétion de la bile, avec l'artère hépatique et ses ramuscules, avec les nerfs, avec les vaisseaux et les ganglions lymphatiques qui se pressent entre ses deux feuillets. Nous n'entreprendrons donc point de le décrire, et nous n'aurons plus loin que quelques mots à dire sur son rôle physiologique.

§ 2. — La veine cave inférieure.

Ce n'est pas tout. Le foie est encore soutenu, et de la manière la plus énergique, par un organe qui n'a, lui, rien de commun avec un ligament. Nous voulons parler de la *veine cave inférieure*.

Il est curieux de voir le peu d'importance que les auteurs attachent d'ordinaire aux connexions du foie avec la veine cave, dans l'énumération des moyens de fixité de cette glande.

C'est à peine si certains d'entre eux la citent. Il en est enfin qui l'omettent complètement. Richet en parle à peine et la considère comme tout à fait accessoire. Cruveilhier la cite également, mais n'insiste pas davantage sur son rôle. Sappey ne prononce même pas son nom. Peut être cependant y fait-il allusion, lorsqu'il écrit que le foie est soutenu « par les organes qui l'entourent ». Jonnesco (1) cependant s'en est bien rendu compte : « Le foie, dit-il, est un organe fortement fixé à la paroi abdominale postérieure et au diaphragme, non pas par les replis péritonéaux, comme on le dit souvent, mais par les nombreuses veines sus-hépatiques, qui s'implantent sur la veine cave inférieure elle-même clouée, pour ainsi dire, sur cette paroi de l'abdomen ». C'est encore Landau (2) qui a le mieux fait ressortir son importance. Il a même fait d'intéressantes expériences que nous avons reproduites mais avec plus de détails et plus de précision, avant d'avoir eu connaissance des siennes. Ce qu'il dit du rôle de la veine cave mérite d'être cité à peu près intégralement. Nous n'avons rien à y changer et nous n'aurons que peu de chose à y ajouter :

« Au point de vue de la fixation du foie, ses connexions avec la paroi abdominale postérieure et spécialement avec la veine cave sont bien plus importantes que les replis péritonéaux dont nous venons de parler. La veine cave monte du disque intervertébral qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième jusqu'à la neuvième

(1) *Anat. top. du Duodénum*, Paris, 1889, p. 85.

(2) LANDAU. *Die Wanderleber*, etc.

vertèbre dorsale, en se fixant solidement à la colonne vertébrale, et contracte, sur une longueur d'environ 4 centimètres, les liaisons les plus intimes avec le foie. Elle passe entre le lobe de Spiegel et le lobe droit dans un sillon courant de bas en haut et de droite à gauche, de telle sorte que la plus grande partie de son pourtour est solidement enclavée dans le parenchyme hépatique. Puis, suivant une courbure à convexité tournée à droite et en arrière, elle franchit le trou quadrilatère auquel elle adhère intimement et s'ouvre dans l'oreillette droite après avoir fourni un court trajet dans l'intérieur de la cavité thoracique. »

« Cela étant, puisque la veine cave est solidement reliée d'une part à la colonne vertébrale et au cœur, et d'autre part au foie, il est clair sans qu'il soit nécessaire d'insister, que pour son propre compte et par sa liaison avec le cœur et les gros vaisseaux, elle constitue un moyen de fixation anatomique du foie.

« C'est ce que montrent des expériences sur le cadavre. Si l'on sectionne tous les ligaments péritonéaux du foie, en respectant le cœur et les gros vaisseaux, et qu'on place le cadavre verticalement, le foie s'abaisse et tourne autour de son axe, mais est retenu par la veine cave à la paroi abdominale postérieure. D'un autre côté, si l'on détruit la liaison du foie avec la veine cave et qu'on laisse le ligament coronaire intact, l'abaissement du foie est bien plus considérable que si on répète l'expérience en respectant les connexions de l'organe avec la veine cave (1) ».

Rien de plus net que ces paroles de Landau, qui a parfaitement compris l'importance du rôle de la veine cave et, mieux que personne, l'a fait ressortir.

L'adhérence du foie à la veine cave est, en effet, absolue, à tel point qu'il est impossible de les séparer sans les déchirer l'un ou l'autre, ce qui ne se peut faire, nous le verrons plus loin avec détail, qu'en employant une grande violence. Les raisons de cette adhérence sont multiples.

D'abord le tissu hépatique est situé immédiatement au contact de la veine cave, et recouvre toujours au moins la moitié de sa circonférence antérieure, souvent les trois quarts, quelquefois la circonfé-

(1) Ce passage de Landau, avec beaucoup d'autres, ainsi que la plupart des observations allemandes que nous reproduisons, ont été traduits par M. Elisée Bouny, dont le concours m'a été précieux et que je ne fais un plaisir de remercier ici.

rence entière, lorsque le lobe de Spigel est relié au lobe droit par un pont de tissu glandulaire qui passe derrière la veine. Les lobules sont en contact avec la paroi de la veine, les fibres du tissu conjonctif péri-lobulaire s'unissent et se confondent avec celles de la tunique externe du vaisseau, de façon qu'on ne peut enlever la veine cave sans arracher en même temps les lobules qui s'attachent à elle.

Mais ces connexions, si elles étaient seules, seraient en réalité bien insuffisantes. Il y en a d'autres, et d'importance capitale. Elles sont fournies par les veines sus-hépatiques. Celles-ci, on le sait, sont au nombre de deux principales, une droite, une gauche, toutes les deux énormes. Il y en a en outre un grand nombre, accessoires, beaucoup plus petites, bien que d'un volume parfois respectable, venant du lobule de Spigel et de tous les points du parenchymé hépatique qui avoisine la veine cave.

L'ensemble de ces veines, dont les tuniques se continuent directement avec les tuniques de la veine cave, s'attache très solidement sur elle, d'autant plus que les veines sus-hépatiques présentent une paroi musculaire extrêmement épaisse, et par conséquent fort résistante, surtout au niveau des gros troncs qui avoisinent leur embouchure.

Très solidement fixé sur ce gros tronc, l'arbre veineux sus-hépatique se porte dans les profondeurs du foie qu'il pénètre dans toutes ses parties en se divisant à l'infini, et en entrant dans chaque lobule par sa partie centrale, si bien qu'on pourrait dire avec quelque apparence de justesse que le foie est comme une grappe dont les grains innombrables viennent se fixer sur les rameaux de l'arbre sus-hépatique.

Bien plus, ces veines, par leurs ramuscules, leurs rameaux et leurs troncs, s'unissent encore et très étroitement au tissu qu'elles traversent. Il est impossible de les séparer, et il est de notion banale que c'est précisément à cette adhérence parfaite qu'on reconnaît à l'œil nu, sur une coupe du foie, les veines sus-hépatiques, qui restent béantes par suite de leur union avec le tissu qui les environne, des branches de la veine porte qui s'affaissent en perdant dans une certaine mesure le contact du parenchyme ambiant.

Le foie est donc appendu à la veine cave comme le cœur l'est à ses gros vaisseaux, comme le poumon l'est à son pédicule, mais plus étroitement encore.

Pour que la veine cave puisse sans faiblir supporter une telle charge, il est nécessaire qu'elle soit à son tour solidement fixée aux

organes qui l'avoisinent et avec lesquels elle se met en rapport.

C'est ce qui se passe, en effet, grâce à l'atmosphère celluleuse extrêmement dense et serrée qui l'unit à tous les organes profonds de l'abdomen.

Quelques-uns sont mobiles, comme le pancréas, le rein, la capsule surrénale, et ne lui offrent par conséquent qu'un appui tout à fait secondaire; mais d'autres, et des plus importants, sont presque absolument fixes, comme l'aorte, immuables, comme la colonne lombaire. Les adhérences avec tous ces organes, mobiles ou non, sont très intimes et rien n'est plus difficile à isoler des tissus qui l'entourent que la veine cave inférieure. Il y a là un véritable feutrage de tissu cellulaire à mailles très serrées, de vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, de ganglions, de plexus nerveux inextricables, qui rend la dissection véritablement très laborieuse et qui rend même presque impossible le décollement, ou plutôt l'arrachement de la veine cave inférieure. Très souvent, en effet, celle-ci se déchire quand on tente de l'enlever.

Les connexions veineuses ne sont pas moins importantes. Les veines lombaires, et surtout les veines lombaires gauches qui vont passer derrière l'aorte, les veines rénales, les veines capsulaires, tous les vaisseaux à sang noir enfin qui vont se jeter dans les organes voisins et souvent s'anastomoser avec d'autres veines plus ou moins profondes, forment comme autant de petits ligaments qui uniront leurs efforts pour fixer la veine cave, à laquelle ils vont aboutir, dans la position qu'elle occupe sur le versant droit des corps vertébraux.

Ces divers éléments de fixation restent surtout, il est vrai, au-dessous du foie. A son niveau, la veine cave, appuyée sur le pilier droit du diaphragme, s'éloignant déjà de l'aorte et de la colonne lombaire, se portant légèrement en avant et à droite pour gagner l'orifice du centre phrénique, commence à se dégager de l'épais feutrage qui l'environne et devient plus facilement isolable. Il n'en est pas moins vrai qu'au point où elle aborde le foie, elle est encore très solidement fixée, directement ou indirectement, par tous les organes que nous venons d'énumérer et qui l'immobilisent complètement dans toute sa hauteur jusqu'au niveau du foie. C'est alors qu'elle apparaît dans la gouttière rétro-hépatique, entre les deux feuillets du ligament coronaire, et qu'elle atteint le centre phrénique pour traverser le dia-

phragme en prenant sur les bords de l'orifice qu'elle remplit, des attaches d'une extraordinaire puissance.

La veine cave, en effet, adhère étroitement au pourtour de l'orifice qui lui donne passage. Il y a tout autour de cet orifice irrégulier, polygonal, des faisceaux tendineux diversement entre-croisés qui font partie du centre phrénique. C'est à ces faisceaux tendineux, qui font entre eux des angles obtus, que vient se fixer la périphérie de la veine cave. En outre des fibres musculaires striées qui font partie du diaphragme, se détachent en général de ce muscle immédiatement derrière la veine cave. Elles font suite aux fibres qui montent directement de l'arcade du psoas et du point où s'élargit le pilier droit, vers la partie postérieure du trèfle tendineux. Elles se portent alors directement en avant, quelques-unes un peu sur le côté, et vont se perdre après un trajet plus ou moins long, de 1 centim. $1/2$ ou 2 centim. en général, sur les parois latérales et postérieure de la veine cave qu'elles contribuent puissamment à soutenir et même à attirer vers le haut. Il y a, en un mot, de très puissantes adhérences, et, sous la violence des tractions, la veine cave se déchire au-dessous du diaphragme plutôt que de se séparer de lui.

Entre les deux feuillets du ligament coronaire, il n'y a, avec la veine cave, aucun autre organe ayant une influence réelle sur la suspension du foie. Il y a bien quelques communications vasculaires entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme, mais elles sont fort peu importantes, parfois même manquent complètement, où sont, en tous cas, impossibles à découvrir. Ce ne sont donc pas ces quelques vaisseaux presque capillaires qui pourront avoir une valeur quelconque, au point de vue qui nous intéresse.

Nous en dirons autant des adhérences celluleuses, bien qu'elles soient infiniment plus puissantes que les adhérences vasculaires dont nous venons de parler. Il y a, en effet, en ce point un tissu cellulaire assez dense, très pauvre en cellules graisseuses, qui manquent presque complètement, même chez les sujets surchargés d'embonpoint. Les fibres, irrégulièrement entre-croisées, adhèrent en même temps au diaphragme et au foie, mais elles sont faibles et se laissent déchirer avec la plus grande facilité, si bien que, lorsque la veine cave est coupée et que les feuillets du ligament coronaire sont incisés, le foie

tombe presque de lui-même, ou que, tout au moins, de légères tractions suffisent à le détacher.

En dehors des ligaments que nous avons décrits, il n'y a donc que la veine cave qui contribue à maintenir le foie, et, en dernière analyse, c'est le diaphragme, et surtout le centre phrénique, qui supporte à peu près tout l'effort exercé par le poids du viscère. Cet effort se transmet intégralement aux organes qui soutiennent le centre phrénique et l'empêchent de s'abaisser pendant les mouvements d'inspiration. Le plus important, le seul, pour ainsi dire, car il n'y a pas à tenir compte de l'œsophage qui adhère à peine au diaphragme par un faible faisceau musculaire, c'est le péricarde et avec lui les gros vaisseaux de la base du cœur. Le péricarde fibreux, tendon creux du diaphragme, doublé extérieurement et renforcé par les plèvres médiastines, adhérant solidement aux gros vaisseaux, au pédicule pulmonaire, envoyant des expansions fibreuses, de véritables ligaments, vers le sternum et la face profonde des cartilages costaux, vers la colonne vertébrale, vers la trachée, se continuant enfin vers le haut avec l'aponévrose cervicale moyenne, est très solidement maintenu à son extrémité supérieure et, pour ainsi dire, presque impossible à abaisser sérieusement. En bas, le péricarde se fixe sur le centre phrénique, circonscrivant une surface à peu près triangulaire sur laquelle repose le cœur.

Presque au centre, bien qu'un peu vers la droite, en tous cas dans l'aire du péricarde fibreux, se trouve l'orifice de la veine cave, c'est-à-dire le point où convergent tous les ligaments qui soutiennent le foie, le lieu où s'exerce le maximum d'efforts et où se produit, par conséquent, le maximum de travail. Ce point, excentriquement circonscrit par les insertions du péricarde, est donc situé au lieu le plus solide, le plus résistant, le plus difficilement abaissable du diaphragme tout entier, et c'est en réalité le péricarde qui est, bien qu'indirectement, en même temps que le tendon creux du diaphragme, le véritable ligament suspenseur du foie.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir avec plus de détails sur ce point, lorsque nous étudierons la physiologie de l'appareil de suspension du foie.

§ 3. — Le ligament ombilical et les viscères sous-hépatiques.

Il est encore un organe qui contribue dans une certaine mesure, en vérité assez restreinte, à empêcher l'abaissement du foie et à le maintenir dans sa situation. C'est le *cordón de la veine ombilicale*, encore appelé *ligament ombilical*, *ligamentum teres*. Il s'étend en effet très obliquement de bas en haut et un peu vers la droite, de l'ombilic à la veine cave à laquelle il adhère par sa partie supérieure. Mais il gagne la veine cave en passant sous le foie, dans la gouttière profonde qui s'étend de son bord tranchant au sillon transverse, et qui, parfois transformée en canal, se continue par une gouttière semblable, étendue, à gauche du lobe de Spigel, du sillon transverse à la veine cave, au niveau de l'embouchure de la veine sus-hépatique gauche.

Dans cette seconde partie de son trajet, la veine ombilicale, il est vrai, change de nom, et prend celui de canal veineux d'Aranzi, qui désigne simplement la partie terminale du vaisseau, mais le cordon fibreux qui résulte de l'oblitération de ce canal, n'en continue pas moins le cordon de la veine ombilicale proprement dite. L'ensemble de ces cordons fibreux n'en forme donc qu'un seul, directement étendu de la veine cave à la demi-circonférence supérieure de l'anneau ombilical.

Ce cordon, nous le répétons, traverse obliquement l'abdomen de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite. Son point d'attache à la veine cave étant solide, celle-ci étant, en outre, très fortement fixée contre la paroi profonde de l'abdomen, ce « ligament ombilical » présente un certain degré de tension, d'autant plus énergique que l'ombilic est plus proéminent, par conséquent, que le ventre est plus gros. Cette tension ira donc en s'exagérant dans certains cas, lorsque, par exemple, la cavité abdominale sera remplie d'anses intestinales surchargées de graisse, ou bien encore lorsque l'abdomen sera distendu par une accumulation de gaz dans l'intérieur des intestins.

Le ligament ombilical est adhérent au foie qui lui est de plusieurs façons étroitement fixé. Il tient en effet à la veine cave qui s'attache elle-même au foie, il adhère intimement à la branche gauche de la veine porte, qui n'était autrefois qu'un rameau de la veine ombilicale maintenant oblitérée, et dont les parois, par conséquent, se continuent avec le cordon fibreux résultant de cette oblitération. Enfin il est appliqué contre le foie, au fond du sillon qui le reçoit, par le péritoine qui remonte sur les berges de ce sillon, en adhérant au tissu hépatique.

Dans nombre de cas, il traverse le tissu hépatique lui-même qui, entre le bord tranchant et le sillon transverse, unit les deux lèvres de la gouttière en passant du lobe droit sur le lobe carré, et en transformant ainsi la gouttière du ligament ombilical en un canal véritable, dont la longueur atteint souvent plusieurs centimètres.

Ces divers moyens d'union sont assez puissants, et le ligament ombilical est lui-même assez solide, pour que l'on puisse suspendre le foie par ce ligament, après l'avoir extrait de la cavité abdominale. Mais dans l'intérieur de l'abdomen, le foie n'est pas en réalité suspendu à ce ligament, comme il l'est à la veine cave. Le ligament passant obliquement sous le foie pour se rendre vers l'ombilic, la glande se trouve pour ainsi dire à cheval sur lui, en état d'équilibre instable il est vrai, puisque la partie droite pèse beaucoup plus que celle qui se trouve à gauche. Il y a donc là une condition anatomique tout à fait particulière, et que nous devons signaler puisque, en somme, elle entre pour une part, quelque faible qu'elle soit, dans l'ensemble des causes qui contribuent à maintenir le foie dans la situation qu'on lui connaît.

Sous le foie, plus ou moins bas, sont situés divers organes qui ont aussi une action, quoique faible, sur sa stabilité, et qui, à ce titre, doivent trouver leur place dans cette étude. Nous n'avons pas, bien entendu, l'intention de les décrire, ce qui serait fort long, mais sans intérêt et sans utilité. Nous n'entreprendrons pas davantage l'étude de la façon dont ces divers organes se maintiennent en place, ce qui nous entraînerait à un examen de tout l'appareil statique des viscères abdominaux, c'est-à-dire beaucoup plus loin que nous ne désirons aller. Nous voulons simplement et rapidement indiquer leur situation

par rapport au foie, nous réservant de revenir plus loin sur l'importance de leur rôle.

C'est l'estomac qui, dans certains cas, affecte avec le foie les rapports les plus étendus. Mais ceux-ci sont très variables, non seulement suivant les sujets, mais encore suivant les conditions physiologiques de vacuité ou de réplétion stomacale dans lesquelles on les observe. Il est des cas, et ils sont assez fréquents, où les rapports sont nuls, soit parce que l'estomac, s'étant laissé distendre, est situé très bas, alors que le foie a conservé à peu près sa situation, soit parce que le côlon transverse, pour une cause quelconque, comme celle que nous venons de citer, la chute de l'estomac, s'est interposé entre cet organe et le foie. Mais, à l'état normal, il n'en est pas ainsi, et le côlon est situé au-dessous de la grande courbure de l'estomac, dont la face antéro-supérieure vient se mettre au contact de la face inférieure du foie, mais de la moitié gauche de cette face seulement, et seulement au niveau de sa partie antérieure.

Le lobe de Spiegel, en effet, qui s'avance vers la petite courbure de l'estomac fait saillie dans l'arrière-cavité des épiploons et il n'y a que la partie située en avant de cette éminence, c'est-à-dire une partie du lobe carré et de l'extrémité gauche de la face inférieure, qui repose sur l'estomac. Si l'estomac soutient le foie, ce que nous aurons à discuter plus loin, il soutiendra surtout la languette qui le termine à gauche et qui est déjà maintenue par le ligament triangulaire correspondant. Les conditions sont d'ailleurs tout à fait différentes, suivant que l'estomac est vide, rétracté et presque cylindrique, ou suivant qu'il est rempli par des aliments, ou distendu par des gaz.

Le duodénum répond à peu près au sillon transverse du foie. Il est solidement fixé à la partie profonde de l'abdomen, mais la surface qu'il offre comme point d'appui est en réalité à peu près nulle, et ne mérite pas qu'on en tienne compte. Encore faudrait-il décider si, loin de contribuer à soutenir le foie, le duodénum ne lui est pas, au contraire, suspendu par l'intermédiaire de l'épiploon gastro-hépatique.

Sous le duodénum le pancréas, assez loin du foie, n'ayant avec lui que des rapports médiats, forme au-devant de la colonne vertébrale, une sorte de bourrelet transversal, saillant, solidement maintenu par les organes qui l'entourent. Il n'est pas à l'état normal en contact avec le foie, mais il est possible que dans certains

cas, lorsque le foie s'abaisse, quelques-unes de ses parties et en particulier le lobe de Spigel viennent heurter la saillie du pancréas, et y trouve un obstacle suffisant pour entraver sa descente sinon, au moins un point d'appui d'une importance réelle.

La plus grande partie de la face inférieure du foie, depuis le lobe carré à la pointe du lobe droit, depuis le bord tranchant jusqu'au sillon transverse, repose sur le côlon et en particulier sur l'angle du côlon transverse avec le côlon ascendant. Mais nous doutons fort que ce rapport, très important au point de vue anatomique, le soit autant au point de vue physiologique et nous pensons, nous verrons plus loin pour quelles raisons, que l'influence du côlon comme organe de soutien est à peu près nulle. Appréciable peut-être lorsque les intestins sont distendus par des gaz et que le côlon, distendu lui-même et ne pouvant descendre est soulevé par eux, elle est à notre avis propre toujours insignifiante.

Bien plus, nous pensons même que la plupart du temps, et sans invoquer les adhérences pathologiques si fréquentes qui unissent la vésicule biliaire au côlon transverse, celui-ci ou plutôt l'angle coliqué sous-costal droit, loin de soutenir le foie, lui est au contraire, comme tout à l'heure le duodénum, suspendu par l'intermédiaire d'un repli péritonéal, ligament hépato-colique, qui souvent se confond plus ou moins avec celui que nous avons appelé le ligament hépato-surrénal. Cependant, s'il ne le soutient pas en réalité, l'angle du côlon doit offrir au foie, surtout lorsqu'il est distendu, une certaine résistance démontrée par la présence sur la partie antérieure de la face inférieure du foie, d'une facette qui lui correspond.

Il y a sur cette face inférieure, derrière la première, deux autres facettes, l'une moyenne, l'autre postérieure, ou plutôt postéro-supérieure, située qu'elle est près du bord postéro-supérieur du foie, au contact du feuillet postérieur du ligament coronaire.

La première, facette moyenne, correspond au rein ; la seconde, facette postéro-supérieure, à la capsule surrénale. Ces deux organes, qui d'ordinaire adhèrent fort peu l'un à l'autre, sont plongés dans une capsule cellulo-adipeuse lâche et presque fluide. Ils ne prennent nulle part de point d'appui bien net ni bien solide. La capsule surrénale, légère, est, il est vrai, soutenue par ses vaisseaux et de nombreux filets nerveux. Mais il n'en est pas de même du rein, souvent mobile.

Cependant on ne peut nier qu'ils opposent à la descente du foie une résistance appréciable, dont le rein est parfois victime, puisque le foie, pressant sur lui, l'entraîne. Mais la face inférieure du foie et la face antérieure du rein et de la capsule surrénale sont situées dans un plan extrêmement incliné, presque vertical. En outre ces deux surfaces sont recouvertes par le péritoine et glissent par conséquent l'une sur l'autre avec la plus grande facilité. Et c'est pourquoi, ici encore, nous pensons que la résistance opposée au foie par le rein et la capsule qui le surmonte, comme celle que lui opposent les autres viscères abdominaux, n'est que bien peu de chose auprès de la résistance des organes qui le fixent au diaphragme par sa convexité, nous voulons dire les ligaments et la puissante veine cave.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE

Après tout ce que nous avons dit sur les liens anatomiques du foie et sur la disposition des divers organes qui peuvent contribuer à le soutenir, il semble, en vérité, que la question soit complètement résolue, et qu'il soit impossible d'hésiter sur le point de savoir à quel mécanisme il faut attribuer sa grande fixité et la rareté de ses chutes, malgré le siège élevé qu'il occupe tout en haut de la cavité abdominale. Et cependant il n'en est pas ainsi. La question a été compliquée comme à plaisir, et les théories les plus étranges ont été avancées pour expliquer une chose qui nous paraît fort simple. On a tout invoqué, ou à peu près, tout sauf les ligaments naturels, les liens anatomiques, très puissants comme nous le démontrerons plus loin, qui suffisent par eux-mêmes largement, et qui certainement ont, à eux seuls, une action beaucoup plus puissante que toutes les causes auxquelles la plupart des auteurs donnent le premier rang.

Landau lui-même qui, nous l'avons déjà vu (1), a parfaitement étudié les ligaments du foie, qui a parfaitement compris l'importance de la veine cave, n'hésite pas, après avoir parlé des moyens de fixation médiats de l'intestin, à conclure par ces lignes significatives : « Comme les viscères abdominaux, surtout l'estomac et les intestins déterminent et assurent la position du foie, il est nécessaire de connaître les raisons pour lesquelles ces organes mous et mobiles sont eux-mêmes préservés d'un déplacement.

C'est pourquoi, comme ce sujet mérite d'être traité à part, il nous faut étudier certaines fonctions anatomiques et physiologiques de la paroi abdominale, puisque cette paroi doit être considérée comme le

(1) LANDAU. *Die Wanderlehr.* Loc. cit.

principal soutien, non seulement des intestins, mais encore des autres viscères abdominaux et en particulier du foie. »

Cette opinion est fausse, tout au moins en grande partie. Celle de Luschka, dont cependant personne ne conteste la grande valeur scientifique, est tout à fait insoutenable : « Le foie, dit-il, est intimement « appliqué contre le diaphragme. Cette coaptation n'est pas le résultat de l'action des ligaments péritonéaux dits suspenseurs du foie, « ligaments qui ont peu d'influence sur les rapports du foie, mais elle « est le résultat de la pression atmosphérique, à laquelle sont soumis « les organes de la cavité abdominale. On ne peut donc pas dire qu'en « vertu de son poids le foie tire le diaphragme en bas, mais il n'est « pas non plus exact d'avancer qu'il est la cause de la courbure du « diaphragme. Cette courbure subsiste quand tous les viscères abdominaux ont été enlevés, pourvu que la cavité thoracique reste « fermée, et que, par conséquent, la traction due à l'élasticité du « poumon subsiste intégralement. »

Dans cette théorie, une seule chose est vraie : l'action de la pression atmosphérique sur la courbure du diaphragme. Quand la poitrine est fermée, quand les plèvres sont vides d'air, leur cavité doit être nécessairement une cavité virtuelle et leurs deux feuilletts doivent être partout en contact, car il ne saurait y avoir aucun espace vide dans l'intérieur du corps, et cela, pas plus sur un sujet vivant que sur un sujet mort. Il faut donc, de toute nécessité, que le poumon vienne remplir la cavité pleurale tout entière, et il le fera d'autant plus facilement que la cavité sera plus petite. Pour se laisser distendre par l'air extérieur, en effet, il est obligé de lutter contre son élasticité mécanique, qui est considérable, et qui oppose à cette distension une résistance assez forte. Aussi toutes les causes qui peuvent diminuer la capacité de la cavité thoracique et par conséquent de la cavité pleurale, faciliteront-elles le contact des deux séreuses. Or, de toutes les causes, la plus importante, et de beaucoup, c'est l'ascension du diaphragme qui se portera vers le haut, en exagérant sa courbure. Tant que les plèvres seront vides d'air, il en sera ainsi, que l'abdomen soit ouvert ou fermé, sur le cadavre aussi bien que sur le vivant. Il en sera ainsi, parce que ce sont là des conditions purement physiques et auxquelles les mouvements d'inspiration ou d'expiration ne peuvent rien changer.

La courbure du diaphragme est donc nécessaire et fatale, et elle n'est pas due, comme Luschka le fait remarquer, à la présence et à la forme du foie, puisqu'elle existe encore quand les viscères ont été enlevés et que d'ailleurs elle est à peu près aussi prononcée du côté gauche, où l'on ne saurait invoquer la présence du foie. Il serait beaucoup plus exact de renverser la proposition, et de dire que c'est à la courbure du diaphragme qu'il faut attribuer la forme du foie qui se moule sur lui.

Donc, jusqu'ici, Luschka dit vrai. Mais on ne saurait admettre la première partie de sa théorie dans laquelle il avance que le foie est maintenu contre le diaphragme, non par ses ligaments, mais par la pression atmosphérique. Ceci est faux, radicalement faux, par la raison bien simple que le foie n'est en contact immédiat ni avec l'air, ni même avec aucun espace clos sur lequel la pression atmosphérique puisse agir directement. Or, pour que la pression atmosphérique eût ici quelque influence, il faudrait qu'il en fût ainsi. En effet, il est impossible qu'un viscère qui n'est pas en contact immédiat avec l'air soit directement et *exclusivement* influencé par la pression atmosphérique. Il ne peut l'être qu'en même temps que les autres organes soumis aux mêmes conditions que lui, et sur lesquels la pression atmosphérique n'agit que par l'intermédiaire de tous les tissus qui les séparent de l'atmosphère.

Le foie, contenu dans une cavité close de toutes parts, la cavité abdominale, est bien soumis à une certaine pression, mais celle-ci, qu'on peut appeler la pression intra-abdominale, n'a rien de commun avec la pression atmosphérique. Elle dépend essentiellement de l'état de contraction et de tonicité des muscles de l'abdomen, de l'état de distension de l'intestin par les gaz. Elle est même souvent supérieure à la pression de l'air, toutes les fois, par exemple, que les parois de l'abdomen sont tendues sous l'effort des organes qui y sont contenus, à tel point que ceux-ci se précipitent au dehors lorsqu'on vient à inciser la paroi.

Le seul rapport que la pression atmosphérique puisse avoir avec la suspension du foie s'exerce par l'intermédiaire de la plèvre, mais à travers le diaphragme, fait capital au point de vue de la réfutation de la théorie de Luschka. En effet, nous avons déjà vu comment, par une suite de phénomènes qui dépendent directement de la pression at-

mosphérique, le poumon se distend, tandis que le diaphragme augmente sa courbure pour combler le vide pleural. C'est dans ce mouvement qu'il élève le foie, mais *par l'intermédiaire* de ses ligaments. Si donc on veut faire jouer à la pression atmosphérique un rôle quelconque, il faut renverser la proposition de Luschka, et conclure que loin de soulever le foie en agissant du côté de la cavité abdominale, ce qui n'est pas, elle agit au contraire du côté de la plèvre, mais en sens inverse, en attirant le foie par l'intermédiaire du diaphragme et des ligaments qui l'y rattachent.

Landau réfute d'ailleurs lui-même la théorie de Luschka. Il fait remarquer avec raison que, si la pression atmosphérique agit sur le foie et les viscères abdominaux, — et en cela son action principale doit être de comprimer et d'écraser ces viscères entre la paroi antérieure de l'abdomen et sa paroi postérieure, — elle agit aussi sur les faces interne et externe de la poitrine, ce qui rétablit l'équilibre, et si le foie, poussé contre le diaphragme, tend à le déprimer, cette force doit être compensée par la pression qui s'exerce sur la surface interne du thorax et par conséquent sur la face supérieure du diaphragme. Ces deux forces se faisant équilibre, le foie devrait obéir à son poids et tendre à s'abaisser.

Ainsi donc, et nous n'y voulons plus revenir, si la pression atmosphérique agit, elle ne le fait que par l'intermédiaire du poumon et de la cavité pleurale.

Il y a, en vertu de l'élasticité du poumon, une véritable aspiration du diaphragme et par conséquent du foie. Mais cette action est en réalité bien faible à côté de celle dont nous aurons à parler plus loin. Elle est, en effet, facile à supprimer. Il suffit, pour l'abolir, de donner quelques coups de scalpel dans la paroi thoracique droite et de crever la plèvre.

Dans ces conditions, lorsque la paroi abdominale est ouverte, on assiste au phénomène suivant :

Le foie descend par l'extrémité inférieure de son lobe droit, qui se porte un peu en dedans et en bas, tandis qu'au contraire, le lobe gauche, commandé par le lobe droit plus lourd, remonte légèrement. En un mot le foie bascule un peu en tournant autour d'un axe antéro-postérieur qui passe par un point à peu près fixe, la veine cave. Il est facile de se rendre compte de la cause de ce mouvement.

L'aspiration due à l'élasticité du poumon cessant dès que l'air a pénétré dans la plèvre, la courbure du côté correspondant du diaphragme s'atténue ou disparaît. Le diaphragme se plisse, se ride, devient flasque et incapable d'offrir une résistance sérieuse à la traction de la moitié droite du ligament coronaire. Il s'abaisse légèrement, irrégulièrement, et, avec lui, le lobe droit. Mais le centre phrénique reste en place et ne descend pas d'une ligne, parce qu'il reste toujours, lui, immuablement fixé par le péricarde et ne saurait se relâcher comme les autres parties du diaphragme qui sont en contact avec les plèvres.

Donc, au niveau du centre phrénique, la veine cave reste immobile, et le foie qui en est solidaire ne saurait s'abaisser. Aussi ne s'abaisse-t-il pas, et sa chute n'est qu'apparente, puisqu'elle ne se manifeste qu'aux dépens du lobe droit, alors que le lobe gauche, au contraire, exécute un léger mouvement d'ascension.

La pression atmosphérique, tout en ayant une influence légère sur la position du foie, n'en a donc en réalité aucune sur sa suspension proprement dite.

En est-il de même de la masse intestinale ? Nous avons vu que tous les auteurs parlaient avec complaisance du coussinet intestinal. Nous ne rappellerons pas ici l'opinion de Sappey, de Richet, de Cruveilhier, de Pualet, déjà citée au début de cette étude. H. Chrétien (1) y insiste avec plus de détails encore : « La masse intestinale, dit-il en « parlant du foie, supporte la majeure partie, sinon la totalité de son « poids... » Et plus loin : « Le rôle des ligaments est donc surtout « d'empêcher les déplacements latéraux, et non de le soutenir, de le « maintenir appendu à la voûte diaphragmatique qui supporterait son « poids. Tout au plus doivent ils jouer, jusqu'à un certain point, ce « rôle de suspension en cas de vacuité de l'estomac et du tube diges- « tif. »

On voit qu'il n'a pas assez de précautions, de réticences, pour parler de l'action des ligaments, qui évidemment lui semblent par trop insuffisants. De la veine cave, pas un mot.

Quant à Landau, que nous voulons citer encore, parce que c'est réellement lui qui, jusqu'ici, a le mieux étudié et discuté cette intéres-

(1) *Dictionnaire encycl. des Sciences méd.*, art. Foie, p. 565.

sante question, après avoir décrit l'importance des ligaments et surtout de la veine cave, il en arrive, faute sans doute d'expériences précises, et par une contradiction singulière, à faire jouer aux intestins le rôle capital, comme si les moyens de suspension purement anatomiques n'étaient pas suffisants. « Pour ce qui est, dit-il, de la vous-
« sure du diaphragme et de la fixation du foie à sa concavité, ce vis-
« cère ne joue qu'un rôle absolument passif. C'est ce que nous voyons
« confirmer par des observations sur le cadavre. Si l'on ouvre la
« cavité abdominale par de petites incisions, de manière que l'air
« vienne en frapper directement le contenu, sans interposition de la
« paroi, le foie change de position; que le cadavre soit debout au
« couché, mais beaucoup plus que si les parois abdominales sont
« intactes. Si l'on ouvre largement la cavité abdominale, le foie s'a-
« baisse et tourne autour d'un axe, bien que tous ses appuis anat-
« miques et physiques soient intacts, et cela surtout lorsque le cada-
« vre est debout, mais même lorsqu'il est couché.

« Ces expériences simples montrent avec certitude qu'il ne faut
« attribuer ni à la pression atmosphérique, ni à une pression intra-
« abdominale quelconque la fixation du foie dans la région supérieure
« du ventre. Elles indiquent aussi d'une façon positive le moyen de
« fixation le plus important que je voie, dans tous les viscères abdo-
« minaux situés au-dessous du foie. Les intestins pleins de gaz et de
« liquides et l'estomac, offrent au foie un appui sûr et solide, quelle
« que soit la position du corps. Le foie repose sur eux en quelque
« sorte comme sur un coussin de caoutchouc gonflé; et comme ils ne
« sont compressibles que jusqu'à un certain point, comme leurs dépla-
« cements sont empêchés par le mésentère et la paroi abdominale, le
« foie est réellement porté par eux. C'est surtout le côlon transverse
« qui, avec l'intestin grêle, constitue l'appui le plus immédiat du foie.
« Le côlon n'est pas susceptible de déplacements très étendus, mais
« bien fixé à ses extrémités, en ce sens qu'il aboutit aux côlons ascen-
« dant et descendant et que ceux-ci sont solidement fixés par leur
« face postérieure à la paroi abdominale. Ses extrémités sont
« également fixées au diaphragme, à droite par l'épiploon hépato-
« colique, à gauche par l'épiploon pleuro-colique ou phrénique. Si
« l'on dissèque des sujets morts de maladies aiguës, à marche
« rapide, et qu'on ait soin, avant d'ouvrir le ventre, de coudre

« le foie et les intestins à la paroi abdominale, on constate facilement,
« en ouvrant la cavité abdominale par une incision oblique, que la
« position du côlon transverse n'est nullement aussi atypique qu'elle
« en a l'air dans les nécropsies ordinaires. On voit alors qu'à l'état
« normal il court de droite à gauche, parallèlement à la face infé-
« rieure du foie, dans une direction transversale ou plus exactement
« oblique. Naturellement, le côlon transverse lui-même est soutenu
« par les anses intestinales sous-jacentes, et indirectement par la
« paroi abdominale. Bien que le foie pèse environ 2 kilogr. l'effet de la
« pression qu'il exerce n'est pas considérable, d'autant plus que seul
« son poids spécifique doit entrer en ligne de compte. Or celui-ci
« n'est pas beaucoup plus élevé que celui de l'eau, par suite peu supé-
« rieur à celui des intestins avec leur contenu.

« Comme les viscères abdominaux, surtout l'estomac et les intes-
« tins, déterminent et assurent la position du foie, il est nécessaire
« de connaître les raisons pour lesquelles ces organes mous et mobiles
« sont eux-mêmes préservés d'un déplacement. C'est pourquoi il
« nous faut étudier certaines fonctions anatomiques et physiologiques
« de la paroi abdominale, puisque cette paroi doit être considérée
« comme le principal soutien, non seulement des intestins, mais
« encore des autres viscères abdominaux et en particulier du foie (1). »

On nous pardonnera cette très longue citation en faveur de son importance. Le mécanisme de l'action des intestins y est très clairement expliqué, ce qui nous dispensera d'y revenir longuement plus loin. Mais ce que nous ne pouvons comprendre, c'est l'importance extraordinaire que leur donne Landau, alors qu'il connaissait mieux que personne la solidité des attaches du foie. Et il nous semble, en vérité, étrange et même paradoxal d'aller chercher si loin les causes de la suspension du foie, quand celui-ci possède pour se soutenir des ligaments vingt fois plus forts qu'il ne le faut.

C'est, en effet, ce que nous ont démontré des expériences extrêmement simples, au cours desquelles nous avons cherché à nous rendre compte du rôle des divers organes dans la suspension du foie et surtout de leur degré respectif de puissance. Le procédé que nous avons adopté est d'ailleurs des plus élémentaires.

Le cadavre est suspendu verticalement par le cou à une poutre

(1) LANDAU. *Loc. cit.*

transversale. Si nous l'avons suspendu par le cou et non par les aisselles, c'est parce qu'il retombe ainsi plus naturellement, sa poitrine n'étant pas déformée, ses côtes aplaties par la corde qui le soutient. Dans ces conditions, la masse intestinale est distendue par l'insufflation directe dans l'intestin grêle d'une grande quantité d'air. Une anse est attirée au dehors, par une petite plaie située très bas, dans la fosse iliaque gauche, à peu près au niveau de la ligne d'incision recommandée pour la ligature de l'artère iliaque externe, incision dont nous avons profité chez un certain nombre de sujets qui avaient servi à des exercices de médecine opératoire. Par une petite ouverture pratiquée à une anse de l'intestin grêle attirée au dehors, pénètre l'extrémité d'un soufflet qu'on attache solidement. Quelques coups de soufflet, et l'intestin ne tarde pas à se remplir et à se distendre. Cette distension de l'intestin grêle, accompagnée de la distension de l'estomac et du gros intestin, a pour but de reproduire autant que possible les conditions de la statique intestinale, telles qu'on les observe pendant la vie, au cours de laquelle les intestins sont en général gonflés de gaz, et de gaz dilatés par une température élevée. L'abdomen est ainsi rempli par le fameux coussinet intestinal élastique, résistant et capable de soulever le foie, au moins autant qu'il le peut faire dans les conditions normales de la vie.

Cela fait, avec une longue aiguille droite, des ponctions sont pratiquées horizontalement, à travers la paroi abdominale, immédiatement au-dessous du rebord costal droit, de façon à le circonscire en rasant sa convexité. On obtient ainsi un certain nombre de petites plaies qui viennent tracer sur les organes profonds et en particulier sur le foie, le niveau exact que le rebord des côtes occupe par rapport à eux.

L'abdomen est alors ouvert en croix, d'une part verticalement, de l'appendice xiphoïde au pubis, d'autre part horizontalement, un peu au-dessous de l'ombilic, pour ménager le ligament suspenseur et le cordon de la veine ombilicale. La section se prolonge très loin sur les côtés, presque jusque dans la région lombaire, surtout du côté droit, afin de pouvoir facilement contourner de l'œil et du doigt l'extrémité inférieure du lobe droit du foie.

L'abdomen ouvert, il est facile de constater qu'au moins dans la position verticale, le foie, appuyé sur les intestins distendus, dépasse presque toujours, dans des proportions d'ailleurs très variables, le

rebord costal au niveau duquel on a coutume de le faire arrêter. Les piqûres pratiquées avant l'ouverture de la cavité abdominale sont en effet presque toujours visibles sur la face antérieure du foie à une



FIG. 10. — *Position ordinaire du foie lorsque le sujet est debout.* Il dépasse les fausses côtes de plusieurs centimètres.

1. Ligament suspenseur. — 2. Épiploon.

hauteur variable, trois, cinq et même huit centim. au dessus de son bord tranchant (1) (fig. 10).

Ce n'est pas la seule constatation que permet de faire l'ouverture de l'abdomen. On peut immédiatement et avec la plus grande facilité

(1) PAULET avait déjà insisté sur ce point. Avant 15 ans, dit-il, lorsque le sujet est debout, le foie dépasse toujours le rebord des fausses côtes (*Anat. top.*, I, p. 459). D'après nos recherches, il en serait de même chez l'adulte. C'est d'ailleurs un fait que Winslow montrait déjà dans ses leçons, dit Chrétien (*Dict. encycl.*) qui se rallie à cette opinion, et ajoute que dans l'inspiration et la position verticale, le foie dépasse les fausses côtes d'une quantité variable.

se rendre compte que la suppression du soutien que la paroi abdominale procure aux intestins, n'a qu'une influence très faible, quoi qu'en dise Landau. sur la stabilité du foie. Celui-ci, en effet, ne descend pas du tout, au moins en totalité. Son bord antérieur seul s'abaisse très légèrement pour devenir presque inférieur. Il y a en un mot un léger mouvement de bascule, de rotation autour d'un axe transversal passant par les points les plus fixes, ligament coronaire et veine cave. Le bord tranchant du foie s'abaisse donc un peu, suivant les intestins qui fuient vers le bas et s'écartant de la face profonde des fausses côtes, si bien qu'il est possible de glisser entre la concavité du diaphragme et la convexité du foie, l'extrémité des doigts, souvent même la main tout entière. Mais, encore une fois, il n'y a aucun abaissement de la masse totale du foie, et la ligne d'adhérence au diaphragme, moitié droite du bord postérieur et échancrure de la veine cave, ne descend pas d'un millimètre.

Les intestins, privés de leur soutien antérieur, tombant vers le bas, suspendus à leurs ligaments, sont maintenant sans action sur le foie, ou tout au moins ne peuvent plus le soulever. Bien plus, ils tendent au contraire à l'entraîner avec eux, en tirant sur lui par l'intermédiaire de l'épiploon gastro-hépatique. L'intestin grêle n'a pas ici grande influence, mais le côlon, qui adhère à la grande courbure de l'estomac, constitue une masse d'un poids très appréciable, à moitié rempli qu'il est toujours de matières assez pesantes. Nous avons vu que, dans ces conditions, le foie ne s'abaisse pas.

L'expérience est poursuivie : On enlève l'intestin tout entier, depuis le duodénum jusqu'au côlon pelvien et cette manœuvre, comme les précédentes, ne se traduit par aucun mouvement d'abaissement du foie, ou tout au moins par aucun mouvement appréciable. Le foie ne bouge pas, et nous venons de voir qu'il serait plutôt soulagé, les intestins ne tirant plus sur lui. Mais à dire vrai, si on ne constate aucun mouvement de descente, on ne constate pas davantage de mouvement d'ascension.

Dans quelques cas, cependant, le mouvement de rotation autour de l'axe transversal fixe, se continue légèrement et le bord tranchant se rapproche encore un peu de la colonne vertébrale, ce qu'il ne peut faire sans s'abaisser de quelques millimètres. C'est la conséquence du vide qui se fait entre ce bord maintenant tout à fait libre et les parties profondes

des, par suite de la disparition du paquet intestinal. Ce mouvement est d'ailleurs bientôt limité par la tension du ligament suspenseur entre le diaphragme et le foie ; mais, en somme, l'abaissement du foie

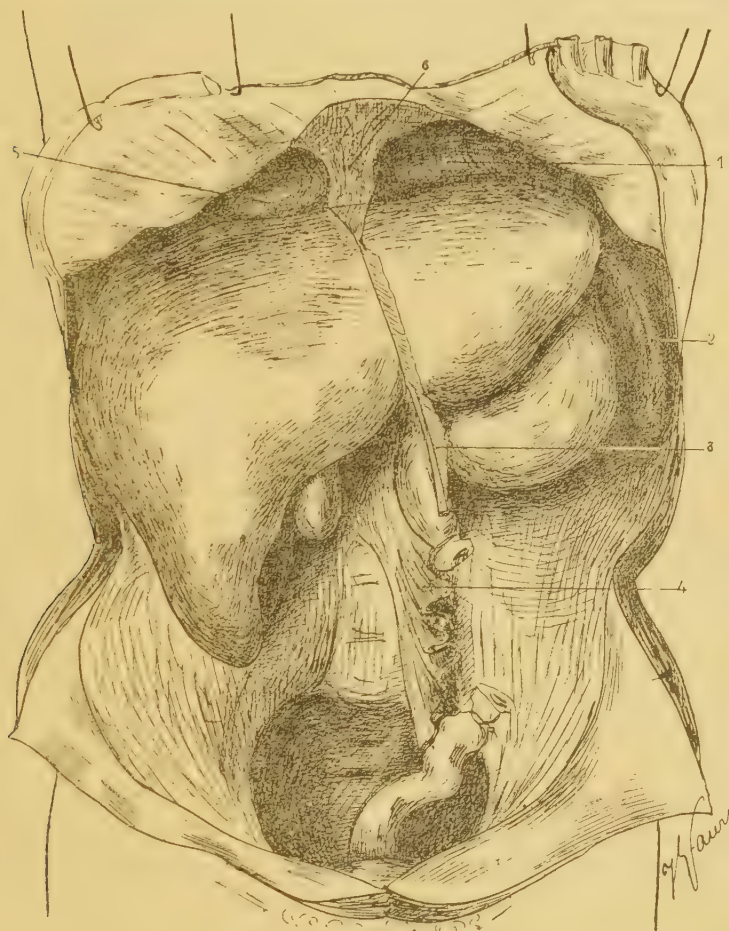


FIG. 11. — Figure destinée à montrer la position que prend le foie après enlèvement de la masse intestinale. Il est ici un peu plus abaissé que de coutume.

1. Ligament triangul. gauche. — 2. Rate. — 3. Ligament suspenseur coupé. — 4. Mésentère. — 5. Feuillelet antérieur du ligament coronaire. — 6. Intervalle celluleux entre les 2 feuillets du ligament suspenseur qui commencent à s'écarter.

est encore absolument nul et son bord postérieur, maintenant supérieur, reste immuable, et ne bouge pas.

Le rôle capital que l'on fait en général jouer aux intestins dans les moyens de suspension du foie est donc une légende, et le traditionnel « coussinet élastique » qui, suivant la plupart des auteurs, s'opposerait à la chute de ce viscère, est bien loin d'être indispensable, puisque lorsqu'il n'existe plus, le foie est fixé tout aussi solidement que par le passé à la voûte de l'abdomen. Légende aussi, le rôle de la paroi abdominale antérieure, malgré l'opinion de Landau, qui dans son travail très consciencieux, rempli de faits, sur le foie mobile, travail auquel nous avons déjà fait des emprunts, lui assigne comme cause première le relâchement des parois antérieures du ventre, le « ventre pendant » suivant son expression.

Le rôle des muscles antérieurs de l'abdomen serait d'ailleurs, d'après lui, indirect, puisqu'il n'agirait qu'en maintenant la masse intestinale à un certain degré de pression et en la refoulant pour ainsi dire dans toutes les parties de l'abdomen, et en particulier vers le haut. Or nous venons de voir que lorsqu'il n'y a plus ni intestins, ni paroi, le foie reste parfaitement en place, et y reste si bien qu'il faut, pour l'abaisser un peu exercer, sur lui des violences considérables.

Ce n'est pas que nous prétendions que l'influence de ces divers éléments soit absolument nulle ; il est évident qu'elle existe. Nous disons seulement qu'elle est faible, très faible même par rapport à celle des autres moyens de fixité, et que, loin de la faire passer au premier plan comme il semble qu'on l'ait fait jusqu'ici, il faut, au contraire, la mettre au dernier rang. Les expériences que nous avons faites sur un assez grand nombre de sujets ne peuvent, sur ce point, laisser subsister aucun doute.

Nous avons voulu savoir la solidité des divers liens qui unissent le foie à la concavité du diaphragme. Pour en avoir une idée précise, nous avons pensé qu'il fallait l'évaluer en kilogrammes, et par des expériences extrêmement simples, nous avons tenté de mesurer, aussi exactement que possible, leur résistance et la force qu'on est, en moyenne, obligé d'employer pour les rompre et entraîner le foie.

Dans nos diverses expériences, nous avons pris soin d'isoler le foie de la paroi abdominale postérieure, avec laquelle il contracte des adhérences par l'intermédiaire de la partie sous-hépatique de la veine cave, et des organes qui sont contenus dans l'épiploon gastro-hépatique, ou qui s'y rattachent plus ou moins indirectement. Lorsqu'il est

dans sa situation normale, en effet, le foie n'exerce aucun effort sur la veine cave sous-hépatique, non plus que sur l'épiploon gastro-hépatique et les organes qui y sont contenus. Mais si, par suite de tractions violentes opérées sur lui, le foie vient à s'abaisser quelque peu, la veine cave, l'épiploon gastro-hépatique, qui adhèrent en même temps au foie et à la colonne vertébrale, soit directement, comme la veine cave, soit indirectement, comme l'épiploon gastro-hépatique, par l'intermédiaire de l'artère hépatique, du duodénum et du pancréas, etc., se tendent de plus en plus, et finissent par constituer, eux aussi, à mesure que le foie s'abaisse, un véritable moyen de suspension.

Les conditions normales de la suspension du foie sont alors renversées, puisque des organes, normalement situés au-dessous de lui servent maintenant à empêcher sa chute. Il faut donc éviter cette cause d'erreur, et c'est ce que nous avons fait en sectionnant la veine cave au-dessous du foie et en coupant les organes qui unissent, plus ou moins directement, l'épiploon gastro-hépatique à la colonne vertébrale.

Dans ces conditions, l'expérience devient des plus simples. Il suffit de suspendre au foie des poids gradués, et de voir quels sont les changements de position qu'il subit, lorsqu'on augmente de plus en plus leur importance. Pour ce faire, on peut avant tout suspendre directement des poids à l'épiploon gastro-hépatique, c'est-à-dire à tous les organes qui pénètrent dans le hile du foie en les attachant avec une corde. Mais ce moyen est mauvais, ou plutôt insuffisant, car l'épiploon ne tarde pas à se rompre, avant que le foie ait sensiblement changé de place.

Le procédé qui nous a paru préférable et que nous avons adopté est le suivant : On fait passer par-dessus la convexité du foie, d'arrière en avant, immédiatement à côté de la veine cave, et à droite de ce vaisseau, entre le foie et le diaphragme, à travers les feuillets du ligament coronaire qu'il faut déchirer, et dont on diminue par conséquent la résistance, une bande de toile ordinaire, large d'environ six centimètres, qui repose à plat sur la face supérieure et convexe du foie en y prenant un point d'appui solide. Les deux chefs de la bande, longue d'environ 75 cent., sont noués l'un à l'autre au-dessous du foie. Une corde y est attachée, qui soutient les poids. La largeur de la bande de toile lui permet de supporter un poids relativement considérable sans

pénétrer dans le tissu hépatique, sur lequel elle trace seulement un large sillon.

En outre, il est utile de pratiquer à la paroi thoracique antérieure, en coupant côtes et sternum, une large fenêtre quadrangulaire donnant jour sur le péricarde. On peut, de la sorte, observer ce qui se passe du côté de la poitrine, pendant qu'on tire sur le foie, et l'on assiste de ce côté à d'intéressants phénomènes.

C'est ainsi que nous avons recherché non seulement quelle est la résistance de la totalité des moyens d'union qui joignent le foie au diaphragme, mais encore quelle est la résistance respective de ces divers moyens d'union, d'une part les ligaments proprements dits, d'autre part la veine cave.

Nous avons varié les expériences de plusieurs façons, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les détails, mais d'une manière générale nous avons ainsi procédé : Pour la mesure de la résistance de l'ensemble des moyens d'union, la bande de toile passe par-dessus le foie à travers le ligament coronaire, immédiatement à droite de la veine cave. Les ligaments sont donc en partie rompus, et c'est là un point défectueux, regrettable, qui entache le résultat d'une erreur très sensible. L'influence de cette perforation du ligament coronaire est, en effet, plus grande qu'on ne pense au premier abord, non pas tant à cause des quelques fibres qu'elle détruit, que parce qu'elle constitue en plein ligament un point faible par où commencera la déchirure, lorsque la charge deviendra suffisante pour arracher les ligaments.

Pour mesurer la résistance respective des ligaments ou de la veine cave, il faut, dans le premier cas, supprimer les adhérences de la veine cave au diaphragme en la coupant au ras du point où elle sort du foie, ce qui n'est pas toujours facile, et, dans le second cas, couper tous les ligaments en laissant intacte la veine, ce qui est beaucoup plus aisé.

Les chiffres suivants témoigneront de quels poids énormes peut supporter le foie sans s'abaisser notablement, et montreront mieux que tous les discours la prépondérance des moyens de suspension proprement dits, qui sont tout, sur cet appui problématique fourni par les intestins distendus, qui n'est rien. Nous ne pouvons donner ici que des moyennes très approximatives, et nous renvoyons pour les chiffres précis au détail des diverses expériences que nous publions

à la fin de ce chapitre. Il y a, en effet, des variations individuelles qui peuvent être considérables, non seulement dans la résistance des divers éléments de l'appareil suspenseur, mais encore dans le degré d'abaissement du foie sous l'influence d'un même poids.

En général une suspension de 10 kilogr. ne change pas grand' chose à la situation du foie qui s'abaisse à peine de un ou deux centimètres. Encore ce mouvement de descente a-t-il lieu surtout par élongation de la veine cave et des ligaments qui commencent à se distendre, plutôt que par abaissement réel du centre phrénique qui, lui, reste à peu près toujours au même niveau, grâce à la solide insertion que le péricarde vient prendre sur lui. Au-dessus de ce chiffre, vers 15 ou 20 kilogr., le foie s'abaisse notablement. En général, l'extrémité inférieure de son lobe droit vient jusque dans la fosse iliaque, et sa face supérieure arrive au niveau du rebord costal. Tous les ligaments tirent alors sur le diaphragme et le centre phrénique qui commencent, eux aussi, à s'abaisser. Mais le changement de niveau est toujours beaucoup plus accentué à droite, où le diaphragme se laisse beaucoup plus déprimer, et où souvent la convexité supérieure qu'il présente normalement se transforme en une concavité véritable.

Quand on augmente encore la surcharge, et quand on arrive vers 25, 30, 40 kilogr. les phénomènes deviennent alors beaucoup plus variables et certaines portions des ligaments commencent en général à se déchirer. Cette rupture se fait d'ailleurs assez irrégulièrement. On comprend, en effet, que les points soumis à un maximum de tension varient d'un sujet à l'autre suivant les hasards inévitables du point d'application de la bande qui soutient les poids. Souvent la rupture commence par le ligament triangulaire gauche ou par le ligament suspenseur, qui travaille beaucoup au niveau de la portion qui s'étend du foie au diaphragme. En général, cependant, la déchirure se fait par agrandissement progressif de l'ouverture qu'on a été obligé de créer à travers les deux feuillets du ligament coronaire, pour le passage de la bande de soutien. La veine cave se rompt en dernier lieu et très irrégulièrement. Elle est déchiquetée, effilochée, meurtrie, parfois arrachée complètement de ses adhérences au tissu du foie et aux veines sus-hépatiques, mais constamment rompue au-dessous de son point d'union avec le pourtour de l'orifice du diaphragme.

En outre, on se rend compte avec la plus grande facilité de l'impor-

tance du péricarde. Avec un poids de 10 ou 15 kilogr. par exemple, on constate, après avoir pratiqué une fenêtre thoracique, que le péricarde est extrêmement tendu, par sa face antérieure, mais surtout par ses faces latérales qui font corps avec les plèvres médiastines. Si l'on vient à ouvrir le péricarde et à enlever le cœur en le sectionnant au niveau des oreillettes, de façon à apercevoir au fond de la cavité péricardique la naissance ou l'abouchement de tous les gros vaisseaux, on voit que ceux-ci, ou tout au moins certains d'entre eux, participent à cette tension. C'est de beaucoup la veine cave supérieure qui joue ici le rôle le plus marqué. Cela tient à ce que, non seulement le péricarde fibreux vient, en fait, se fixer sur elle, comme sur la crosse aortique et les gros vaisseaux de la base du cou, mais encore et surtout à ce que la veine cave supérieure fait directement et immédiatement suite à la veine cave inférieure, et est par conséquent mieux placée que les autres vaisseaux pour recevoir le poids du foie, qui lui est transmis presque intégralement par cette veine cave inférieure.

En effet, si on ouvre l'oreillette droite de façon à avoir sous les yeux sa paroi postérieure, on constate que cette paroi, entre l'orifice de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure, qui est située exactement au-dessus à 2 ou 3 centim. au plus, est dure, tendue rigide sur une largeur de 2 centim. environ, ce qui est à peu près la largeur de la bande de tissu musculaire étendu d'une veine à l'autre. A droite et à gauche de cette zone rigide et distendue, la paroi postérieure de l'oreillette est beaucoup plus souple, et par conséquent travaille moins. Au-dessus, le tronc de la veine cave supérieure présente les mêmes caractères que ceux que nous venons de décrire sur la bande musculaire située immédiatement au-dessous d'elle. Il est, lui aussi, allongé, distendu, rigide, presque vibrant. A mesure qu'on s'éloigne de l'embouchure de la veine cave supérieure dans l'oreillette, ces phénomènes s'atténuent. La force qui tend à allonger la veine se divise, s'éparpille, pour ainsi dire, sur les gros troncs veineux et sur les organes voisins adhérents à la veine cave, si bien que, au niveau de la partie supérieure du sac fibreux du péricarde, et à hauteur de la naissance des gros vaisseaux de la base du cou, la tension des tissus disparaît à peu près. Mais au niveau de l'oreillette gauche, elle est considérable, elle est énorme.

Si l'on vient à sectionner les parties latérales du péricarde, le centre phrénique qui n'est plus retenu qu'en arrière, tend à s'affaïsser,

et la veine cave inférieure, transmettant directement l'effort à la veine cave supérieure, celle-ci, par l'intermédiaire de la paroi postérieure de l'oreillette, supporte à peu près tout le poids et menace de se rompre. Elle constitue le dernier soutien du centre phrénique et du foie surchargé, et si l'on vient à la trancher d'un coup de scalpel, tout tombe, le diaphragme, le foie et les poids qui l'entraînent.

Voici quels sont les chiffres moyens que nous ont donnés nos expériences sur des adultes, sans que nous ayons remarqué de différences sensibles et régulières paraissant tenir soit à l'âge, soit au sexe.

Le foie, avec tous ses ligaments et la veine cave, exige pour se détacher du diaphragme, une surcharge moyenne d'environ 35 à 40 kilogr. Le minimum a été de 30 kilogr., le maximum de 57.

Après section de la veine cave, les ligaments, agissant seuls, soutiennent 20 kilogr. environ, tandis que la veine cave isolée supporte une moyenne de 27 à 28 kilogr. Pour le détail des expériences, nous ne pouvons que renvoyer aux notes consignées plus loin (1).

Le foie supporte donc, de par ses ligaments et son adhérence à la veine cave, un poids réellement énorme. Il est donc très solidement fixé au diaphragme et au centre phrénique. Ses attaches directes, son appareil suspenseur proprement dit, supportent trente fois son poids, et nous ne voyons pas qu'il y ait besoin de chercher autre chose pour résoudre le problème de sa suspension.

Et cependant, nous l'avons vu, à en croire les auteurs, ces liens si puissants seraient sans influence, et c'est à la masse intestinale seule, ou à peu près seule, qu'incomberait la charge de soutenir le foie.

Il est incontestable, nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, il est incontestable que le paquet intestinal peut supporter le foie, au moins dans un certain nombre de cas. Quand les intestins sont gonflés par les gaz et distendus outre mesure, de façon à provoquer du météorisme et du ballonnement du ventre, il est évident que la pression intra-abdominale provoquée par les intestins qui repoussent de tous côtés les organes qui s'opposent à eux, est plus que suffisante pour soutenir le poids du foie, dont la large surface concave vient s'appli-

(1) La différence entre la moyenne que nous avons obtenue pour l'appareil suspenseur tout entier, et la somme des deux moyennes respectives de la veine cave et des ligaments considérés à part, tient certainement aux conditions défectueuses dans lesquelles se font les premières de ces expériences, et à la nécessité où l'on se trouve de perforer le ligament coronaire, ce qui l'affaiblit et facilite singulièrement sa rupture.

quer sur eux. Non seulement ils le soutiennent, mais même quelquefois, ils peuvent le repousser vers le haut, en même temps que le diaphragme, dont la gêne fonctionnelle peut souvent se traduire par une dyspnée très intense. Mais c'est là, en somme, un cas exceptionnel. Le plus souvent le ventre est bien loin d'être distendu. Il est dans un état de tension moyenne qui n'implique qu'une assez faible pression de la part de la masse des intestins, et une résistance beaucoup moindre à l'effort que le foie vient exercer sur eux. Souvent enfin, et particulièrement dans certains cas d'entéroptose, lorsque le ventre est flasque, excavé, la partie supérieure de l'abdomen peut être vide d'intestins. La masse intestinale entière est tombée au-dessous de l'ombilic et jusque dans le petit bassin où parvient l'estomac lui-même, et le foie, quelque peu abaissé, lui aussi, est à peine en contact avec les intestins qui ne sauraient lui opposer qu'une résistance presque nulle. Mais cette action de la masse intestinale comprimée entre la paroi antérieure de l'abdomen et sa paroi profonde, action indéniabie, ne peut se comparer à celle de l'appareil anatomique auquel est appendu le foie, action infiniment plus puissante.

Le matelas intestinal ne peut donc servir qu'à soulager l'appareil suspenseur véritable, à empêcher qu'à l'état normal le poids du foie se fasse trop sentir sur ses ligaments et surtout sur la veine cave, à relever le bord tranchant du foie en le rapprochant du rebord costal, à amortir dans une certaine limite les secousses et les tiraillements que le foie ne manque pas d'exercer sur ces ligaments dans les mouvements brusques, et surtout certains exercices, comme la course, le saut d'un lieu élevé, l'équitation, etc., qui pourraient peut-être provoquer du côté de la veine cave, ainsi soumise à de violentes secousses, de redoutables accidents.

Quant à l'action isolée de chacun des ligaments du foie, elle est facile à déduire de leur disposition anatomique et non moins facile à contrôler sur le cadavre.

Le ligament suspenseur proprement dit n'est point, en réalité, un ligament. C'est un repli péritonéal nécessité par la présence de la veine ombilicale. Mais s'il n'est pas un véritable ligament, il en tient lieu, au moins dans une certaine mesure. Dans le décubitus dorsal, il maintient, par sa portion interhépatopariétale, le foie rapproché de la concavité du diaphragme. Lorsque le bord antérieur du foie s'éloigne

dés arcs costaux, en effet, le ligament modifie quelque peu sa situation normale et son bord libre vient se mettre à peu près dans le plan antéro-postérieur qui passe par son bord adhérent, c'est-à-dire par la ligne blanche. Dans ces conditions le ligament suspenseur devient, au moins par sa portion inférieure, un ligament antéro-postérieur qui empêche le foie de se porter vers la colonne vertébrale, lorsque la seule présence des intestins ne suffit pas à l'empêcher.

Lorsque le sujet est debout, le matelas intestinal suffit en général, nous l'avons vu, à appliquer la face convexe du foie contre le diaphragme. Le ligament suspenseur est donc couché sur le foie et ne peut concourir à la soutenir. Mais alors il joue un rôle différent, et s'oppose à certains déplacements latéraux, ceux en particulier qui tendent à se produire vers la droite.

Quant aux mouvements du foie vers la gauche, il ne saurait s'y opposer, à moins que ces mouvements ne soient très considérables. En effet, si on vient à pousser le foie vers le gauche de sept ou huit centimètres au maximum, l'insertion du ligament suspenseur sur le foie passe à gauche de la ligne médiane, et le ligament falciforme s'incline en sens inverse ; il devient oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. Si le mouvement s'exagère, le ligament suspenseur se tendra et ne tardera pas à le limiter.

Mais lorsque la masse intestinale ne suffit pas à soutenir le foie, ou lorsque celui-ci est abaissé de quelques centimètres, ce qui est fréquent, le ligament falciforme peut contribuer à le suspendre. C'est alors sa partie supérieure, interhépatodiaphragmatique, qui agit seule, tendue verticalement entre la face convexe du foie et le centre phrénique.

Enfin, le cordon de la veine ombilicale contribue par la situation particulière qu'il occupe sous le foie, à donner à la grande faux du péritoine une certaine importance comme organe de suspension, puisque, ainsi que nous l'avons déjà dit, à propos de l'anatomie de ce ligament, il soutient un peu à la manière d'une sangle le foie qui repose sur lui. Mais cette action ne saurait être considérable à cause de la très grande obliquité du ligament ombilical, qui sans doute a surtout pour effet d'empêcher, dans une certaine mesure, le bord tranchant du foie de quitter la paroi abdominale antérieure pour se rapprocher de la colonne vertébrale.

Donc, en résumé, le ligament suspenseur du foie n'a que peu d'influence sur la suspension de cet organe, mais il contribue à limiter son mouvement de rotation autour d'un axe transversal, mouvement qui a pour effet d'éloigner le bord antérieur de la paroi abdominale ;



FIG. 12. — *Foie d'adulte*. — La ligne pointillée indique la position que prend le foie pendant les mouvements de bascule par rotation autour d'un axe passant par la veine cave inférieure.

il s'oppose enfin aux mouvements de latéralité exagérés, que ces mouvements se fassent vers la droite ou vers la gauche.

Tout autre est l'importance du ligament coronaire et des ligaments triangulaires qui le terminent.

Ceux-là sont les véritables ligaments suspenseurs. Nous avons assez longuement insisté sur ce point pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ce sont eux qui, avec la veine cave, comprise d'ailleurs entre leurs deux feuillets, forment la presque totalité de cet appareil, si puissant qu'il peut supporter sans se rompre jusqu'à trente fois le poids de l'organe qu'il est destiné à soutenir.

Sa direction transversale et sa situation postéro-supérieure, au point le plus élevé du foie, font, en outre, de ce ligament une véritable charnière autour de laquelle le foie peut exécuter et exécute des mouvements de rotation. Ces mouvements, dont l'amplitude ne saurait être considérable, à cause de la tension rapide du ligament falciforme qui empêche le mouvement vers la profondeur, et de la présence de la paroi abdominale, qui limite bientôt le mouvement vers la superficie, se font autour d'un axe transversal passant par le ligament coronaire et par la veine cave inférieure, le point le plus fixe du foie.

C'est également par ce point que passe l'axe fictif antéro-postérieur autour duquel se font les mouvements de bascule dont nous avons déjà parlé plusieurs fois au cours de cette étude. Ces mouvements se font dans un seul sens.

Le lobe droit, très lourd, se porte légèrement en bas et à gauche, car il ne peut descendre sans se rapprocher un peu de la ligne médiane.

En même temps, le lobe gauche situé de l'autre côté du point d'appui, qui est la veine cave inférieure, remonte légèrement et vient s'appuyer contre le diaphragme en relâchant et plissant plus ou moins le ligament triangulaire. Ce mouvement, qui implique un abaissement de la partie convexe du lobe droit, s'accompagne nécessairement d'un abaissement de la région correspondante du diaphragme qui lui est intimement uni par le ligament triangulaire droit, lorsqu'il existe, et en tous cas par la moitié droite du ligament coronaire.

Ces mouvements de bascule et de latéralité ont été l'objet d'un travail assez récent de Symington (1), qui a fait une étude intéressante sur les changements que la distension de l'estomac provoque dans la forme et dans la situation du foie. Au cours de sa description, il est amené à s'expliquer sur le rôle de certains ligaments. Aussi croyons-nous devoir donner de ce travail une courte analyse.

(1) SYMINGTON. Of certain physiological variations in the shape and position of the Liver. *Elinb. Med. Journ.*, 1888, XXX, p. 725-736, avec planches.

Lorsque l'estomac se remplit, le foie décrit un mouvement de rotation autour d'un axe passant par la veine cave inférieure. Le lobe gauche et la partie antérieure du lobe droit se déplacent plus que tout le reste. D'ailleurs les rapports avec le péritoine facilitent ce mouvement. Le ligament latéral gauche et le ligament suspenseur sont en effet comme de longs replis mésentériques, et permettent aux parties qui leur sont directement attachées des mouvements d'une certaine amplitude.

Le ligament suspenseur, en particulier, se relâche et se replie sur lui-même quand l'estomac est vide, mais quand celui-ci commence à se remplir, la surface du foie se porte à droite et le ligament se tend en s'opposant aux mouvements exagérés du foie. Chez le fœtus l'estomac est vide ou à peu près, et c'est là une circonstance favorable, car la tension du ligament suspenseur oblitérerait dans une certaine mesure la veine ombilicale et entraverait le libre apport du sang artériel.

En revanche, toujours sous l'influence de la distension de l'estomac, certaines portions du foie restent à peu près, ou même complètement fixes. C'est ainsi que l'auteur n'a pu obtenir aucun changement de position de la veine cave. Le lobe de Spigel, qui y touche, ne change que très peu.

Il est donc évident d'après la description de Symington que la veine cave constitue le moyen de fixation le plus puissant du foie, et c'est là un point qui s'accorde complètement avec ce que nous avons observé. Deux remarques que nous avons résumées plus haut et sur lesquelles l'auteur glisse d'ailleurs sans insister, le démontrent très clairement. Si les mouvements de bascule du foie se font autour d'un axe antéro-postérieur passant par la veine cave, c'est que c'est là le point le plus fixe, et cette fixité est une fois de plus mise en lumière par l'immobilité de la veine cave pendant la distension de l'estomac qui suffit à soulever et à porter vers la droite la masse entière du viscère.

Quant aux autres replis péritonéaux qui vont se fixer sur le foie, épiploons ou ligaments, ils n'ont en réalité aucune influence sur la suspension du viscère. Le ligament hépato-surrénal, qui se continue avec le ligament hépato-colique, ou ligament suspenseur de l'angle du côlon, aurait au contraire plutôt pour effet d'abaisser le foie en le

surchargeant du poids du côlon ascendant et du côlon transverse. Il en est de même de l'épiploon gastro-hépatique, qui normalement tendrait plutôt à abaisser le foie.

Remarquons cependant que, dans certaines circonstances, lorsque le foie est déjà fortement abaissé, l'épiploon gastro-hépatique peut se transformer en un véritable ligament suspenseur. Dans son intérieur, en effet, sont divers organes et en particulier l'artère hépatique, qui tiennent solidement à la paroi profonde de l'abdomen, au niveau du trépied cœliaque. Si le hile du foie descend sensiblement au-dessous de ce point, l'artère hépatique, les nerfs et les faisceaux cellulaires qui les accompagnent seront alors inclinés vers le bas, et auront leur point d'attache sur l'aorte et la colonne vertébrale plus haute que leur point d'arrivée dans le hile du foie. Ils s'opposeront donc à la chute de cette glande.

Mais ce sont là des conditions tout à fait exceptionnelles, et qui n'ont rien à voir avec la physiologie normale de l'appareil suspenseur du foie.

Conclusions anatomo-physiologiques.

Nous pouvons maintenant résumer l'ensemble de ces considérations en quelques mots qui seront la conclusion pratique de la partie anatomo-physiologique de ce travail :

L'appareil suspenseur du foie est constitué par l'ensemble des ligaments et des organes qui unissent le foie à la concavité du diaphragme.

Le plus important de ces organes est la veine cave inférieure.

L'ensemble de ces moyens d'union constitue un appareil extrêmement puissant, capable de supporter en moyenne un poids de 35 à 40 kilogr., c'est-à-dire vingt-cinq fois la masse du foie.

Le centre phrénique, qui leur sert de point d'insertion principal, est lui-même très solidement soutenu par le feuillet fibreux du péricarde et par les gros vaisseaux de la base du cœur, — en particulier la veine cave supérieure — qui constituent en dernière analyse le premier point d'appui qui soutienne le foie.

Le rôle de la masse intestinale, qui est certain, doit être considéré comme absolument accessoire.

Tous les axes autour desquels le foie exécute des mouvements de bascule ou de rotation passent par la veine cave inférieure, qui est, en conséquence, le point le plus fixe du foie.

EXPÉRIENCES

Expérience I. — Homme de 40 ans, verticalement placé, assis sur une table. La poitrine est ouverte, mais au niveau du médiastin antérieur seulement, les plèvres étant intactes.

Avant l'ouverture de l'abdomen, la matité hépatique est normale.

La cavité abdominale est largement ouverte par une incision en croix. Aucun changement appréciable à l'œil du côté du foie. Celui-ci dépasse très sensiblement le rebord costal, — de trois centimètres environ. Le bord inférieur de son lobe gauche se trouve à huit centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Après enlèvement des intestins, moins l'estomac, le foie ne bouge pas. Son bord inférieur se rapproche seulement un peu de la colonne vertébrale.

Si on suspend le sujet par le cou, les fausses côtes se relèvent, le foie s'écarte d'elles légèrement, et son bord inférieur se trouve maintenant à 6 cent. du rebord costal, à 10 cent. de l'appendice xiphoïde.

Suspension de 10 kilogrammes à l'épiploon gastro-hépatique. Au bout d'une minute, celui-ci se déchire. Le foie est descendu d'environ 2 centimètres, mais rien ne cède. Tous les ligaments sont sectionnés. Il ne reste que la veine cave inférieure, qui relie le foie au centre phrénique. On suspend alors au foie un poids de 15 kilogr. au moyen d'une large bande de toile passant derrière la veine, et le foie descend de 4 centimètres environ. Après section de toutes les insertions périphériques du diaphragme, la situation ne change pas. Il est alors très facile de constater, par l'ouverture sternale, que tout ce poids se transmet au péricarde, et, par son intermédiaire, aux plèvres médiastines, aux gros vaisseaux de la base du cœur, en un mot à tous les organes si intimement unis par un tissu cellulaire résistant, qui se trouvent au niveau de la bifurcation de la trachée, en plein médiastin.

Toutes ces parties, surtout les faces latérales du péricarde, sont très fortement tendues et soutiennent le foie surchargé. Celui-ci ne tombe que lorsque, les plèvres ayant été décollées de chaque côté, on coupe le péricarde et les gros vaisseaux de la base du cœur. Le diaphragme et le cœur sont entraînés avec le foie, mais la veine cave, bien que fortement tirillée, amincie, et légèrement déchirée, n'est point rompue.

Expér. II. — Homme de 45 ans. Suspension verticale, par le cou.

Le ventre étant fermé, le rebord costal droit est circonscrit par des piqûres profondes.

Après ouverture du ventre, toujours en croix, on constate la trace des piqûres à 2 centim. en moyenne au-dessus du bord tranchant du foie, qui, par conséquent, dépassait d'autant le rebord des côtes. Les piqûres siègent exactement au niveau de ce rebord, et, par conséquent, la simple ouverture du ventre n'a rien changé dans la situation du foie.

En relevant le bord inférieur avec la main on peut l'amener sans aucune difficulté sous les côtes où il disparaît tout entier.

Après enlèvement des intestins et déchirure de tous les ligaments, la veine cave restant seule, le foie bascule légèrement, son lobe droit descend de 3 ou 4 centim. tandis que le lobe gauche, au contraire, remonte un peu. En fait, le point fixe, la veine cave, reste immobile. En suspendant 10 kilogr. au duodénum, isolé de la paroi abdominale profonde et tenant au hile du foie, celui-ci descend à peine de 1 centim. Les tissus et les organes de l'épiploon gastro-hépatique se déchirent, mais le foie tient bon.

Une fenêtre quadrangulaire est alors pratiquée dans la paroi antérieure de la poitrine. Un poids de 10 kilogr. étant suspendu au foie, on voit le péricarde se tendre. Celui-ci ouvert en avant, la veine cave supérieure apparaît extrêmement tendue et très résistante sous le doigt qui la presse.

Le cœur étant enlevé par section au niveau des oreillettes, la paroi postérieure de celles-ci et en particulier de l'oreillette droite, se distend. La veine cave supérieure et la veine cave inférieure semblent se prolonger l'une l'autre, très tendues toutes deux et vibrant presque sous le doigt.

Le poids étant porté à 15 kilogr. la tension s'accroît, mais rien ne bouge. Ce n'est qu'après la section de la veine cave supérieure et de la paroi postérieure du péricarde que le foie s'abaisse un peu, très peu. Il ne tombe définitivement que lorsque les parties latérales du péricarde fibreux ont été coupées, presque au ras du diaphragme.

La veine cave inférieure est intacte et n'est pas rompue entre le foie et le diaphragme, auquel elle adhère.

Expér. III. — Homme d'une quarantaine d'années, tuberculeux, très amaigri.

Suspension verticale, par le cou. Une large fenêtre est pratiquée en avant de la poitrine. Le cœur est enlevé et le diaphragme coupé circulairement tout autour de l'orifice de la veine cave. Celle-ci n'adhère donc plus au centre du diaphragme, et ne peut, par conséquent, soutenir le foie.

De nombreuses piqûres horizontales sont pratiquées au ras du rebord costal droit.

L'abdomen est ouvert par une incision cruciale. Les piqûres sous-costales montrent que le foie sur lequel elles sont bien visibles, descendait, le ventre étant encore fermé, à cinq centimètres environ au-dessous des côtes.

Les intestins sont absolument rétractés et, à priori, semblent n'avoir aucune influence sur la stabilité du foie. On les enlève.

On suspend à l'épiploon gastro-hépatique, un poids de 10 kilogr. Le foie descend de 4 cent. environ.

A 15 kilogr. la face supérieure du foie descend au-dessous des fausses côtes ; l'extrémité inférieure du lobe droit est dans la fosse iliaque droite.

Le ligament triangulaire gauche commence à se déchirer, puis l'épiploon cède et les poids tombent.

Une bande est alors passée par-dessus la convexité du foie précisément au niveau de la veine cave, qui, sectionnée, permet le passage.

Toujours avec 15 kilogr. le diaphragme se retourne complètement, le ligament suspenseur se déchire peu à peu, et le foie descend jusque dans la fosse iliaque où il trouve un point d'appui et s'arrête.

En attirant le foie au-devant du pubis, on le prive de son appui et le ligament gauche achève de se rompre. Le ligament droit tient toujours, mais sous la traction continue des 15 kilogr. il se déchire de plus en plus, et ne tarde pas à céder.

Ici donc, les ligaments seuls, sans le secours de la veine cave n'ont pu supporter qu'un poids de 15 kilogr.

Expér. IV. — Femme, 30 ans. Suspension verticale. Des ponctions profondes sont pratiquées, comme à l'ordinaire, sous le rebord costal. L'abdomen ouvert, on constate par les piqûres que le foie dépassait de beaucoup, cinq ou six centimètres au moins, les fausses côtes. Mais ici nous nous trouvons en face d'un cas d'entéroptose si net, si manifeste, que nous avons tenu à en publier le dessin (fig. 13).

Le foie, qui attire en premier lieu l'attention, dépasse considérablement le rebord costal droit, auquel il est, d'une manière générale, parallèle. L'extrémité inférieure de son lobe droit arrive presque jusqu'à la crête iliaque.

La rate apparaît presque tout entière au-dessous des fausses côtes gauches qui n'en recouvrent que le quart supérieur. L'estomac, très dilaté, flasque et flottant dans l'abdomen, forme au niveau de sa grande courbure une poche immense et profonde, dont le fond arrive presque jusqu'au pubis. Enfin, le côlon retombe lui-même plus bas que le pubis en formant une anse très grande, à concavité supérieure, embrassant l'estomac, et dont les points les plus fixes sont situés au niveau de l'angle colique sous-costal droit, et surtout de l'angle colique sous-costal gauche. Il y a là un véritable ligament suspenseur, et cette disposition répond parfaitement à la description typique que Glénard a donnée de cette affection (1).

Le paquet de l'intestin grêle, que soutient un mésentère allongé et

(1) GLÉNARD. Entéroptose. *Lyon médical*, 1885.

comme étiré, est tout entier dans le petit bassin. Lorsqu'on l'en retire pour le porter en avant, il tombe très bas, cachant le pubis presque jusqu'au niveau du quart supérieur des deux cuisses.

Enfin, profondément, le rein droit lui-même est flottant.

Les ligaments étant déchirés, le foie bascule et la pointe de son lobe

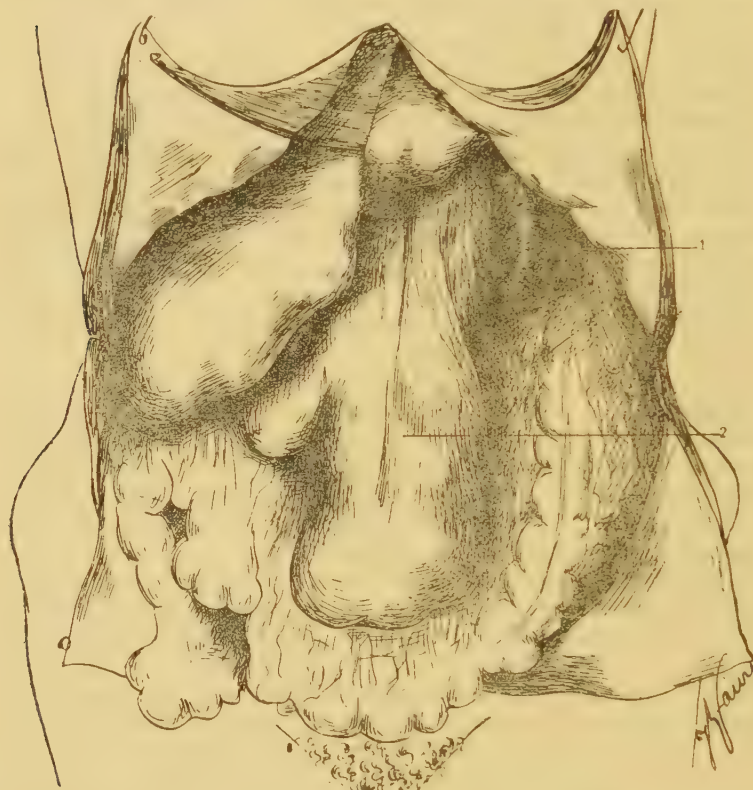


FIG. 13. — *Entéropose*. — 1. Rate. — 2. Estomac. Le côlon, le cæcum sont extrêmement relâchés. L'angle colique sous-costal gauche est seul solidement maintenu.

droit se porte à gauche et en bas. Dans ce mouvement qui est assez ample, le point encore fixé au diaphragme, la veine cave, ne s'abaisse en aucune façon.

Une bande est passée par-dessus le foie, et des poids y sont accrochés. A mesure que leur importance s'accroît, la veine cave s'allonge, le foie s'étire, se déforme et s'abaisse, sans toutefois que la voussure du dia-

phragme soit modifiée. Enfin, sous l'effort de 27 kilogr. la veine cave se rompt et le foie tombe.

Expér. V. — Homme de 45 ans. Suspension verticale. Les intestins sont insufflés par une ouverture faite dans la fosse iliaque gauche.

Ponctions horizontales sous le rebord costal. Ouverture cruciale de la paroi abdominale.

Le foie est entièrement caché derrière les côtes. Son bord tranchant se tient à trois centim. environ au-dessus du rebord costal, qu'il dépasse seulement au niveau de son lobe gauche, à gauche du ligament suspenseur, dans la région épigastrique.

L'ouverture de la cavité abdominale ne produit aucun effet, l'enlèvement des intestins gonflés d'air, ne donne rien, sauf un très léger abaissement du bord antérieur qui se rapproche de la colonne vertébrale.

Tous les ligaments sont sectionnés, la veine cave restant seule. Le bord antérieur du foie descend alors à trois centimètres au-dessous du rebord costal. Mais le point adhérent à la veine cave descend de 1 cent. à peine.

La veine cave ne se rompt et le foie ne tombe que sous la traction de 28 kilogr.

Encore, sous ce poids, la voûte du diaphragme reste-t-elle intacte. Il y a seulement, au niveau de l'adhérence de la veine cave, qui s'étire, une sorte d'entonnoir étroit, à ouverture supérieure ; mais immédiatement à côté, la voûte du centre phrénique, soutenue par le péricarde, reste convexe.

Expér. VI. — Homme d'une quarantaine d'années. Suspension verticale par le cou. Insufflation des intestins par une incision au-dessus de l'arcade crurale gauche. Ponctions profondes sous-costales. Après incision cruciale de la paroi abdominale, par laquelle les intestins font aussitôt hernie, on constate que les ponctions sont toujours au niveau du rebord costal. Le foie ne s'est donc pas abaissé du fait de l'ouverture de l'abdomen. Il est cependant très bas, et son bord tranchant descend à 6 cent. en moyenne au-dessous des fausses côtes.

Il y a d'ailleurs une entéroptose générale très manifeste (voir fig. 14). L'estomac, très dilaté, descend à quelques centimètres du pubis, la rate dépasse le rebord costal gauche par ses trois quarts inférieurs.

Le côlon, énorme, très distendu décrit un S en travers de l'abdomen, si bien que, par la partie moyenne de son arc transverse, il s'étend verticalement de la face inférieure du foie au pubis, pour remonter ensuite obliquement jusque dans la région sous-costale gauche. Le foie, bien que peu mobile, peut être réduit avec la main dans sa situation normale.

Après enlèvement de tous les intestins, le foie bascule un peu et son bord tranchant descend de un centimètre environ.

Le rein droit, visible après l'enlèvement des intestins est abaissé jusqu'à la symphyse sacro-iliaque du côté droit et légèrement mobile.

Une fenêtre pratiquée au thorax et ouvrant les plèvres n'a aucune influence sur la position du foie, qui ne bouge pas.

La partie postérieure de l'épiploon gastro-hépatique est séparée de la colonne vertébrale, et une bande est passée par-dessus le foie, à droite de la veine cave, à travers le ligament coronaire.

Malgré la diminution de résistance des ligaments qui résulte de cette effraction, le foie ne se détache que sous la traction de 38 kilogr. Avant

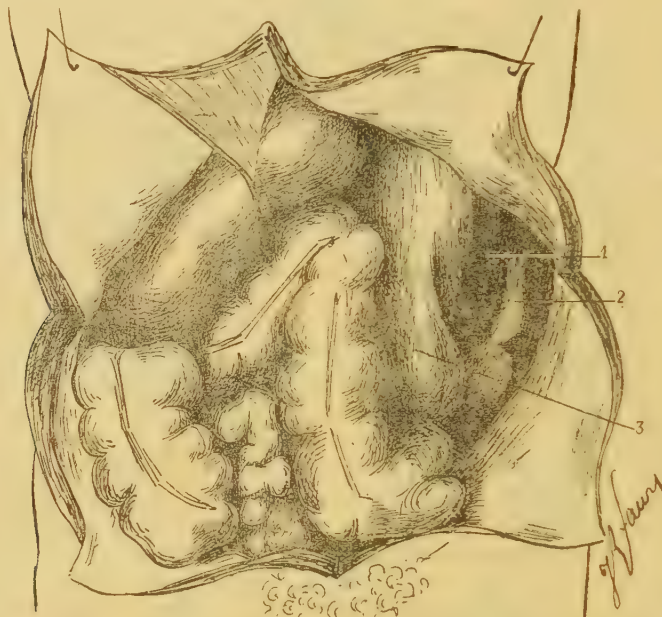


FIG. 14. — *Entéropose*. — 1. Rate. — 2. Angle colique sous-costal gauche. — 3. Estomac. Le côlon transverse est distendu et très sinueux. Le foie légèrement abaissé.

de se détacher complètement, il s'éloigne peu à peu du diaphragme, qui, lui, reste à peu près fixe, et s'abaisse, non par déplacement de ses points d'appui, mais par allongement de ses ligaments qui, peu à peu, se distendent et se déchirent fibre à fibre, à partir des bords de la première déchirure, déchirure centrale par où passe la bande.

La rupture définitive ne se fait que lorsque le bord supérieur du foie est tout à fait au-dessous du rebord costal.

Expér. VII. — Homme d'une quarantaine d'années. Le cadavre est ouvert dans la position horizontale, après insufflation d'air dans l'intestin: Le foie dépasse le rebord costal de cinq centim. au niveau de l'extrémité de

son lobe droit. Mais au niveau de la vésicule biliaire, il croise ce rebord, et lui devient ensuite supérieur.

Le cadavre est alors suspendu verticalement. Les intestins tombent et s'écartent du foie, mais, du côté du foie, le changement est nul, ou insignifiant. Il ne quitte pas sa position sous le diaphragme. Passage d'une bande au-dessus du foie, à droite de la veine cave, en respectant autant que possible les ligaments. Des poids de plus en plus forts sont suspendus. Ce n'est qu'à 40 kilog. que la rupture se fait. Elle commence par le ligament triangulaire droit. Le foie s'abaisse alors peu à peu, à mesure que se fait la déchirure. Celle-ci ne tarde pas à atteindre la veine cave, qui commence à céder par son côté droit.

Au moment de la rupture complète, la face supérieure du foie est située en entier au-dessous du rebord costal.

Expér. VIII. — Homme, 35 ans. Suspension verticale. Insufflation des intestins par une incision pratiquée au-dessus de l'arcade crurale gauche. Ponctions profondes sous le rebord costal.

Ouverture cruciale de l'abdomen. Cette ouverture est sans influence sur la position du foie qui dépasse le rebord costal de 8 centim. environ en bas, et de trois centim. en haut.

L'enlèvement des intestins ne change pas sensiblement la situation du foie.

Une bande est alors passée par-dessus le foie, à travers le ligament coronaire. Le duodénum et le pancréas sont détachés de la colonne vertébrale. L'aorte, la veine cave sont intactes, ainsi que l'artère hépatique, et les organes de l'épiploon gastro-hépatique.

Des poids sont successivement suspendus à la bande, jusqu'à concurrence de 57 kilogrammes.

Le foie s'abaisse peu à peu, d'abord du côté droit ; puis la veine cave se déchire, ainsi que le tissu du foie ; quant au diaphragme, il ne s'abaisse point. Le foie étant tombé de plusieurs centimètres, l'épiploon gastro-hépatique se relève en arrière, et c'est lui qui, adhérent à l'aorte et à la colonne vertébrale par l'artère hépatique et divers autres éléments, constitue le dernier soutien. Sous le poids de 57 kilog. tout finit par se rompre ; mais l'aorte tient toujours et le foie vient s'arrêter dans la fosse iliaque. Ce n'est qu'après la section de l'aorte que la chute est totale.

Cette expérience montre bien que lorsque le foie est situé très bas et que, pour une cause ou pour une autre, les ligaments supérieurs et la veine cave viennent à être sans action, l'épiploon gastro-hépatique peut, avec les organes qui y sont contenus et qui adhèrent plus ou moins directement à la colonne vertébrale, constituer un moyen de suspension accessoire d'importance très appréciable.

Expér. IX. — Homme de 55 ans. Suspension verticale. Insufflation d'air

dans l'intestin grêle. Ponctions profondes sous le rebord costal droit. Incision cruciale de l'abdomen.

Le foie est par la plus grande partie de son bord tranchant au niveau des fausses côtes. Cependant l'extrémité du lobe droit les dépasse et descend presque jusqu'à 1 centim. du point le plus élevé de la crête iliaque.

La poitrine est alors ouverte, le cœur enlevé et le diaphragme coupé tout autour de l'orifice de la veine cave. Celle-ci n'adhère donc plus à rien, qu'au foie, et ne peut lui servir de soutien. Les ligaments restent seuls.

Une bande est passée par dessus le foie, juste au niveau de la veine cave, et soutient des poids.

La rupture se fait à 22 kilogr. en commençant par le centre où les ligaments sont déjà entamés et commencent à céder très lentement, fibre à fibre.

Expér. X. — Homme de 65 ans. Suspension verticale. Distension des intestins par insufflation d'air. Ponctions profondes au niveau du rebord costal droit.

L'abdomen ouvert, les ponctions apparaissent au même niveau ; le foie ne s'est donc pas abaissé. Son bord tranchant est cependant à 5 centim. en moyenne au-dessous du rebord costal.

Chez ce sujet, le foie est très mobile ; on peut facilement le faire dévier à droite et à gauche ou le remonter de 5 centim. jusqu'à ce qu'il vienne se cacher sous les côtes. Les ligaments ne paraissent cependant ni plus minces, ni plus longs que de coutume.

Les intestins enlevés, le bord tranchant du foie s'abaisse un peu, en gagnant un plan plus profond. Les attaches du duodénum et du pancréas à la paroi profonde de l'abdomen sont sectionnées. La veine cave est coupée avec un long couteau entre le diaphragme et le foie, au ras de ce dernier. Une bande est passée juste au niveau de l'orifice formé par cette section et redescend derrière le foie. Des poids sont suspendus à l'anse formée en nouant les deux chefs de la bande.

La rupture des ligaments s'effectue à 22 kilogr. Elle commence par le ligament latéral gauche.

Le diaphragme est en partie déchiré du côté droit. Peut être avait-il été lésé pendant la section un peu aveugle de la veine cave.

Expér. XI. — Femme de 63 ans. L'abdomen est ouvert en croix, dans la position horizontale, sans insufflation des intestins, après ponctions sous-costales.

Le bord tranchant du foie arrive à peu près exactement au niveau du rebord des côtes. Le cadavre est alors suspendu verticalement par le cou. Le foie s'abaisse légèrement et vient dépasser les côtes de 3 cent. environ.

Les intestins sont alors enlevés en totalité et le bord tranchant se rapproche de la colonne vertébrale. Le foie bascule en totalité, sa face antéro-

supérieure devient tout à fait antérieure et vient apparaître au-dessous des fausses côtes sur une hauteur de 7 ou 8 centim. environ.

Une bande est alors passée par-dessus le foie, à droite de la veine cave et à travers le ligament coronaire. Un poids de 10 kilogr. y est suspendu, et est laissé à demeure pendant vingt-quatre heures.

Au moment de la suspension du poids, le foie s'incline encore un peu plus en avant et le bord inférieur descend à 10 cent. du rebord des côtes.

Pendant les 24 heures de suspension, le changement est presque nul et le foie ne descend pas de plus de 1 cent.

Le poids de 10 kilogr. est alors remplacé par un poids de 20 kilogr. Au moment de l'application de cette nouvelle surcharge, descente de 1 cent. environ. Ce poids est laissé de nouveau 24 heures. La nouvelle descente n'excède pas 2 centim. Au total, 14 ou 15 centim. La face supérieure du foie n'a pas encore dépassé les côtes. Le ligament suspenseur est extrêmement tendu, ainsi que les débris péritonéaux qui bordent la perforation qui laisse passage à la bande; le diaphragme paraît abaissé et légèrement convexe en bas.

Nouvelle surcharge : à 30 kilogr. descente de 1 cent. environ.

Rupture de tous les ligaments en commençant par le ligament suspenseur, à 48 kilogr.

Le diaphragme est déchiré dans toute sa moitié droite.

Le foie présente sur sa partie moyenne, un profond sillon antéro-postérieur, dû à la pression prolongée de la bande qui soutenait les poids.

Expér. XII. — Homme de 25 ans. Position horizontale. Ponctions sous-costales. L'abdomen ouvert, le foie dépasse le bord des côtes de 8 centim. environ, le bord tranchant et le rebord costal étant presque exactement parallèles.

Le sujet étant verticalement suspendu, le foie bascule. Son extrémité gauche se relève. L'extrémité de son lobe droit, au contraire s'abaisse et se porte en dedans. Il descend à 12 cent. au-dessous des côtes et se trouve ainsi dans la fosse iliaque droite.

Le foie est donc ici très bas. Il y a d'ailleurs chez ce sujet une entéropose générale évidente.

Le côlon, fixe au niveau de l'angle colique sous-costal gauche, descend jusqu'au niveau du pubis.

L'estomac, dont la portion cardiaque est très allongée, descend également à 2 ou 3 cent. du pubis, et sa petite courbure apparaît tout entière au-dessous du bord tranchant du foie, déjà fort abaissé lui-même. La rate dépasse le rebord costal gauche par sa moitié inférieure. Le paquet intestinal enfin est complètement inclus dans le petit bassin.

Des poids sont appliqués au foie suivant le procédé ordinaire.

A 20 kilogr. tout se tend, mais il n'y a pas d'abaissement sensible de la partie centrale.

Une fenêtre antérieure pratiquée au thorax, montre le péricarde extrêmement tendu. Une incision longitudinale est faite sur sa partie antérieure. Les lèvres en sont distendues. Des incisions sont pratiquées transversalement sur ces lèvres et jusque sur les faces médiastines du péricarde. A chaque coup de ciseau, qui sectionne un centimètre environ, on voit le foie s'abaisser d'autant, en entraînant le centre phrénique. La paroi postérieure du péricarde suffit à tout maintenir.

A 30 kilogr., rupture des ligaments du foie et de la veine cave.

Expér. XIII. — Homme de 70 ans. Décubitus dorsal. Insufflation de l'intestin. Ponctions sous-costales.

L'abdomen ouvert, on constate que les piqûres, apparentes sur la face antérieure du foie, sont au niveau du rebord costal. Le foie n'a pas bougé.

Au niveau du lobe droit, il dépasse le rebord costal de 5 centim ; puis son bord tranchant se relève peu à peu. Au niveau du fond de la vésicule, il se trouve exactement à hauteur du rebord costal et lui devient ensuite supérieur, pour l'abandonner de nouveau après l'avoir croisé dans la région épigastrique.

Le sujet étant suspendu verticalement, le foie descend de trois centimètres environ. Il est très mobile dans le sens latéral, mais ne peut être attiré vers le bas qu'avec des efforts violents qui menacent de le déchirer.

Expér. XIV. — Femme, 30 ans. Position horizontale. Insufflation des intestins.

Après ouverture de l'abdomen, on constate que le lobe droit du foie, mince, presque pointu descend à 7 cent. au-dessous du rebord costal, puis remonte presque verticalement vers l'appendice xiphoïde.

Le corps étant suspendu, la pointe du lobe droit s'abaisse de 2 cent.

Sur ce foie on trouve une dépression formée par le corset, mais siégeant au-dessous des côtes.

Rupture des ligaments et de la veine cave à 30 kilogr. La rupture commence toujours au niveau de l'ouverture artificielle faite au ligament coronaire, ouverture qui évidemment diminue dans une large mesure la puissance des ligaments.

Expér. XV. — Homme, 40 ans. Dans la position horizontale, le foie déborde le rebord costal de 1 cent. au niveau du flanc, de 4 cent. sur la ligne mamillaire, de 6 sur la ligne para-sternale. Après suspension verticale, il tombe à près de 10 cent. des côtes et présente une extrême mobilité. Rupture des ligaments et de la veine cave à 32 kilogr.

Expér. XVI. — Homme 50 ans. Couché horizontalement. Ponctions sous-costales. Le foie, après ouverture du ventre, se trouve au niveau du rebord costal.

Le sujet étant suspendu verticalement le foie dépasse sensiblement le bord des côtes.

Rupture des ligaments à 38 kilogrammes.

Expér. XVII. — Homme de 40 ans. Position horizontale : Après ouverture du ventre, le foie est au niveau du rebord costal. Le sujet étant verticalement suspendu, le foie descend énormément, mais cela tient en grande partie à ce que de l'air étant entré dans la plèvre, le diaphragme est complètement affaissé. Il ne descend d'ailleurs que par son lobe droit qui bascule de 10 cent. La partie attenante à la veine cave reste en place.

Rupture des ligaments et de la veine à 30 kilogr.

Expér. XVIII. — Homme, 70 ans : Position horizontale.

Le foie se trouve au niveau des fausses côtes. Après suspension il s'abaisse d'une façon insignifiante : Rupture et déchirure de tous les ligaments. La veine cave seule est conservée. Elle se rompt sous le poids de 28 kilogr.

Expér. XIX. — Femme de 40 ans. Position horizontale, ponctions profondes sous le rebord costal.

L'ouverture de l'abdomen montre que le foie dépasse beaucoup le rebord des côtes. Il y a, entre les côtes et le bord tranchant, 5 cent. au niveau de la pointe du lobe droit, et 8 centimètres au niveau du bord externe du muscle grand droit.

Le sujet étant verticalement suspendu, les distances suivantes s'augmentent de trois centimètres environ. Il y a maintenant 8 cent. au niveau de la pointe du lobe droit et 11 à 12 cent. au niveau du bord externe du muscle grand droit.

La pointe du lobe droit arrive au niveau du point le plus élevé de la crête iliaque et la dépasse même un peu vers le bas.

DE L'HÉPATOPTOSE

CHAPITRE I

L'hépatoptose n'est pas seulement la « chute du foie », c'est la chute du foie, à la suite du relâchement de son appareil suspenseur. Il ne suffit point, en effet, pour qu'on puisse employer ce terme, que le foie soit tout simplement abaissé, qu'il soit déplacé vers le bas, à la suite d'un épanchement pleural, par exemple, il faut encore qu'il soit mobile, ce qui ne saurait avoir lieu que lorsqu'il existe un certain relâchement de ses moyens de fixité. L'hépatoptose est donc caractérisée, en même temps, par l'abaissement et par la mobilité du foie. C'est à cette affection dont les cas, publiés un peu partout, se comptent encore, que les auteurs donnent le nom de « foie mobile », « foie flottant », « hepar migrans », etc.

Nous laisserons donc complètement de côté l'étude de l'abaissement du foie survenant comme épiphénomène au cours d'une autre affection, pneumothorax, pleurésie simple ou purulente, kyste hydatique de la face convexe, ainsi que Frerichs en rapporte des exemples assez nombreux (1). Ces divers cas n'ont rien à voir avec l'hépatoptose proprement dite, et nous restreindrons notre travail à l'étude de ceux qui rentrent dans la définition que nous avons donnée plus haut.

On voit écrit partout, et partout répété, que la première observation du foie mobile est celle que Cantani a publiée en 1866 (2). Or, 112 ans auparavant, en 1754, Heister publiait avec tous les détails désirables, en l'accompagnant même d'un excellent dessin, la relation d'une autopsie au cours de laquelle il avait rencontré un foie pré-

(1) FRERICHS. *Traité pratique des maladies du foie*. Trad. franç. Paris, 1877.

(2) CANTANI. *Ann. univ. di med.* Milan, 1866, 373.

sentant une situation telle qu'il est permis d'affirmer qu'il s'agissait bien là d'un cas d'hépatoptose. Nous avons reproduit ce dessin (fig. 16, p. 142), car il est absolument typique, et qu'en outre, il est, croyons-nous, le seul qui ait jamais été publié. C'est donc une pièce de la plus grande valeur dans l'histoire d'une affection qu'on n'a pu que très exceptionnellement encore vérifier à l'autopsie. Voilà donc la plus ancienne observation, et peut-être la plus importante (1).

L'observation de Cantani est la seconde. Elle fut suivie, de loin en loin, par une observation plus ou moins probante, plus ou moins nette, parfois accompagnée d'intéressantes considérations, comme le cas de Léopold, qui servit de thème à quelques développements (2). Mais ce n'est qu'en 1876 que parut un travail d'ensemble de quelque importance, celui de Blet, qui résume les observations, au nombre d'une dizaine, publiées jusqu'à cette époque (3). L'histoire du « foie mobile » était encore bien vague. En 1882, Muller (4), qui déjà, en 1874, avait fait paraître une observation, étudia quelques points de cette affection sans ajouter grand'chose à ce que l'on savait déjà. C'est Landau (5) qui, en 1885, dans un ouvrage auquel nous avons déjà rendu justice dans la partie anatomique de notre travail, a apporté à cette question le plus grand nombre de documents, d'observations et d'intelligentes études. Nous aurons maintes fois l'occasion de revenir sur cet ouvrage.

A peu près à la même époque, F. Glénard (6) publiait ses remarquables travaux sur l'entéroptose. A côté de considérations anatomiques très intéressantes et tout à fait neuves sur la statique intestinale, il montrait quelle importance il faut accorder, parmi les troubles de l'appareil digestif, à ces perturbations d'origine mécanique qui peuvent revêtir les aspects les plus variés. Malheureusement, il ne dit rien de l'hépatoptose considérée individuellement. Il l'a vue, certainement, dix-neuf fois sur quatre cents cas d'entéroptose, dit-il incidemment, mais comme les observations de ces cas nombreux ne sont pas publiés, comme, d'autre part, il ne s'occupe guère au cours de son étude que de la chute du paquet intestinal proprement dit, côlon ou intestin

(1) HEISTER. *Acta physico-medica naturæ curiosorum*. Nuremberg, 1754, X, p. 1-4.

(2) C. LÉOPOLD. Zur Lehre von der Wanderleber. *Archiv. f. Gynæk.* Berl., 1874, VII, 152-168.

(3) BLET. *Étude sur le foie mobile*. Th. Paris, 1876.

(4) MULLER. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882, XIX, 230-232.

(5) LANDAU. *Die Wanderleber*, etc. Berlin, 1885.

(6) F. GLÉNARD. De l'entéroptose. *Lyon médical*, 1885.

grêle, nous ne trouvons dans ce travail aucun renseignement bien précis sur le sujet qui nous intéresse. Il n'en est pas moins vrai que les recherches de F. Glénard ont, au moins en France, attiré l'attention sur les causes, les manifestations multiples et la thérapeutique des ptoses viscérales, que l'organe affecté soit le paquet intestinal, le rein, ou bien le foie.

En 1889, parut en Allemagne la thèse de Curtius (1), travail assez complet, dans lequel l'auteur, qui apporte une observation nouvelle et très détaillée, souscrit à peu près complètement aux conclusions de Landau.

Déjà, à cette époque, deux opérations hardies avaient été faites, dont Curtius ne semble pas avoir eu connaissance. Billroth (2) en 1884, Tscherning (3) en 1880, avaient, après ouverture du ventre, fixé à la paroi un lobe flottant du foie. C'était un nouveau pas dans le traitement jusque-là incertain de la mobilité du foie. Mais il ne s'agissait encore là que d'opérations partielles, dirigées contre le déplacement d'un seul lobe plus ou moins irrégulier. La première hépatopexie totale, destinée à porter remède à la chute et à la mobilité du viscère tout entier, a été faite en France, le 28 mars 1891, par notre maître et ami M. Gérard-Marchant. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur cette opération et de l'étudier dans ses détails avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Telle est, brièvement résumée, l'histoire de l'hépatoptose. Quelques observations, de plus en plus rapprochées, ont paru dans ces dernières années. On en trouvera dans ce travail le plus grand nombre, toutes celles au moins que nous avons pu nous procurer.

En France, où les observations recueillies sont d'ailleurs fort rares, aucun travail d'ensemble n'a paru depuis la thèse de Blet, en 1876. Cela ne veut pas dire que la question fut inconnue, ou oubliée, comme s'oublie tant de questions. Les deux attrayantes leçons que M. le Dr Paul Segond a consacrées, dans son cours à la Faculté, en décembre 1891, à la chute du foie et à son traitement chirurgical, sont là qui ont prouvé le contraire à ceux qui ont eu le plaisir de les entendre.

(1) CURTIUS. *Symptome und ætiologie der Wanderleber im Anschluss an einen Solchenfall*. Halle, 1887, 47 p.

(2) Observation publiée par RITTER VON HACKER.

(3) TSCHERNING. *Centralblatt f. chir.* Berl., 1888, p. 426.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Rien n'étant plus exceptionnel que les autopsies de cadavres atteints d'hépatoptose, surtout lorsqu'il avait été donné de constater cette affection pendant la vie, nous sommes bien pauvre en documents sur les lésions qu'on peut rencontrer dans la chute du foie. Aussi ce chapitre d'anatomie pathologique sera-t-il nécessairement très incomplet. C'est là un point fort regrettable, car la constatation matérielle de lésions bien établies aurait sans doute pu permettre d'élargir la question, et peut-être de déterminer les causes si obscures encore de la maladie. Encore les quelques autopsies dont nous possédons la relation ne nous apprennent-elles rien, ou pas grand'chose, moins peut-être que certains examens minutieux pratiqués pendant la vie et décrits avec un luxe de détails qu'on ne retrouve malheureusement pas dans la relation des trois ou quatre examens post mortem qui aient été publiés.

Nous avons eu cependant la bonne fortune de rencontrer par hasard, pendant les recherches anatomo-physiologiques auxquelles nous nous sommes livré sur l'appareil suspenseur du foie, un cadavre chez lequel le foie était si abaissé et si extraordinairement mobile qu'on peut, en vérité, le considérer légitimement comme présentant tous les signes de l'hépatoptose. Nous n'avons pu retrouver son histoire clinique, et il est d'ailleurs très possible que l'attention de ceux qui ont vu la malade n'ait jamais été attirée du côté de son foie, mais nous sommes convaincu que, parmi les observations d'hépatoptose qui ont été publiées, il en est plusieurs qui, si l'autopsie eût été faite, n'auraient pas présenté de lésions aussi accentuées. Aussi avons-nous examiné et disséqué ce cadavre avec le plus grand soin, sans malheureusement découvrir aucune cause anatomique qui puisse expliquer cette anomalie d'une façon satisfaisante.

Voici le résultat de notre examen :

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années. Après ouverture du ventre dans la position horizontale, on constate que le foie descend à cinq centimètres environ au-dessous du rebord costal. La moindre pression le soulève d'ailleurs et va le cacher sous les côtes. Aussitôt abandonné à lui-même, il reprend sa situation primitive. Jusqu'ici rien que d'à peu près normal, mais ce qui l'est moins, c'est son extraordinaire mobilité. Il se laisse dévier dans toutes les directions. On peut le repousser vers le haut, l'attirer vers le bas sans qu'il oppose la moindre résistance. Quand on l'attire à gauche il atteint sans peine la ligne médiane, de façon à passer presque tout entier dans l'hypochondre gauche. C'est en un mot, le foie le plus mobile que nous ayons jamais vu.

Le cadavre étant suspendu par le cou et placé dans la position verticale, le foie s'abaisse beaucoup. Son bord inférieur descend jusqu'à 9 et 10 cent. au-dessous du rebord des côtes, et sa mobilité est plus grande encore que dans la position horizontale ; il flotte et oscille au moindre effort.

Cependant, il n'est pas tout entier situé au-dessous des fausses côtes, qui cachent encore le point le plus élevé de sa face convexe. L'extrémité inférieure du lobe droit atteint la fosse iliaque et déborde par en bas le rein droit, qui, bien qu'un peu abaissé, n'est pas cependant plus mobile qu'à l'état normal. Il y a d'ailleurs des signes d'une entéroptose généralisée.

L'estomac, qui apparaît tout entier au-dessous du foie, descend jusqu'à quelques centimètres du pubis. L'intestin grêle tout entier est inclus dans le petit bassin.

Quant on l'en retire pour le porter un peu en avant, il descend au devant du pubis jusqu'au niveau de la partie supérieure des cuisses. Le côlon, très abaissé au-dessous du foie, solidement retenu, comme toujours, au niveau de l'angle sous-costal gauche, descend également jusqu'au niveau du pubis. Enfin la rate, également abaissée, également mobile, apparaît aux trois-quarts au-dessous des fausses côtes.

Nous avons cherché par une dissection minutieuse à nous rendre compte des conditions anatomiques permettant d'expliquer cette extraordinaire mobilité du foie, et nous n'en avons trouvé qu'une. Ce n'est ni du côté du diaphragme, parfaitement convexe, ni du côté du péricarde, ni du côté des ligaments, absolument normaux, bien que la surface d'insertion du ligament coronaire sur le foie, fût peut-être un peu moins large qu'à l'ordinaire, sans se rapprocher d'ailleurs en rien du méso-hépar qu'ont invoqué Meissner, Léopold, et d'autres auteurs — c'est du côté de la veine-cave. Celle-ci nous a paru extraordinairement lâche et comme allongée, se laissant écarter sans peine du flanc droit de la colonne vertébrale. Quand on imprime au foie des

mouvements divers, elle les suit sans difficulté, en formant, au niveau de son adhérence hépatique, un coude prononcé, grâce auquel elle s'écarte de la colonne lombaire, au point qu'il est facile, en rompant à peine quelques fibres conjonctives, de passer le doigt entre la face postérieure de la veine cave et les vertèbres sous-jacentes. Telle est la seule particularité anatomique que nous ayons pu rencontrer.

Glénard, lui aussi, a vu pendant ses recherches sur l'entéroptose, l'abaissement du foie. Cette lésion, dit-il, se rencontre très fréquemment, et on la constate chez la plupart des femmes. Le bord droit du foie peut atteindre sans hypertrophie l'épine iliaque antérieure. Sur quarante autopsies, il a trouvé trois fois cette particularité. L'abaissement du foie est d'ailleurs accompagné par celui de l'estomac, qui lui est suspendu, et la grande courbure de l'estomac peut, sans qu'il y ait dilatation, atteindre l'angle sacro-vertébral (1).

Malheureusement il ne parle pas de l'état des ligaments du foie, non plus que de celui de la veine cave qui eussent été, on l'espère, fort intéressants à connaître. De même, il est regrettable qu'un observateur aussi judicieux ait négligé d'examiner la hauteur du centre phrénique, afin de voir s'il n'était pas parfois quelque peu abaissé, ce qui d'ailleurs est peu probable.

Et voilà à peu près ce que nous savons de plus clair sur l'anatomie pathologique de l'hépatoptose. Peu nous chaut, en effet, de savoir, à quelques millimètres près, jusqu'où peut descendre le foie, ni si sa face inférieure peut plus ou moins se tourner vers la gauche. Ce sont là des détails qui seront tout aussi bien à leur place quand nous décrirons les symptômes, et qui, en somme, n'ont pas grande importance. Disons cependant que le foie peut occuper dans l'abdomen toutes les positions. Bien entendu, il se tient presque toujours dans la moitié droite, et n'empiète qu'exceptionnellement sur le côté gauche. Très souvent il descend dans la fosse iliaque droite, presque jusqu'au niveau du détroit supérieur, et il est commun de le voir tomber à la hauteur de l'épine iliaque antérieure. Le bord antérieur, en général, reste antérieur, mais peut gagner vers la profondeur et se laisser recouvrir par les anses intestinales. Rarement il bascule par son bord postéro-supérieur et vient, retenu par le ligament falciforme, appliquer sa face

(1) GLÉNARD. *Lyon médical*, 1886, t. XLVIII, p. 579.

inférieure contre la paroi abdominale. Cette disposition n'a point été reconnue à l'autopsie, mais elle semble s'être présentée sur le vivant.

Dans le cas de Heister (obs. I), la face convexe du foie répondait nettement au flanc droit, le bord tranchant était vertical et la face profonde regardait vers la gauche. En général, le foie descend en masse et sans exécuter autre chose qu'un mouvement de bascule, par lequel la pointe du lobe droit se porte vers la ligne médiane pendant que la face latérale droite du même lobe s'écarte du flanc correspondant. Le foie devient, en somme, rétro-ombilical. Mais la face supérieure, convexe, reste supérieure, et le bord tranchant reste antérieur.

Il existe, il est vrai, assez souvent, une particularité anatomique qui est une des mieux connues, parce qu'elle a été rencontrée assez fréquemment au cours d'interventions opératoires. Nous voulons parler d'une lobulation plus ou moins nette du foie. Dans un bon nombre de cas, et tels sont ceux de Ritter von Hacker, de Terrier et Baudouin, de Tscherning, de Pichevin, il s'agit d'un véritable lobe séparé de la masse hépatique par un étranglement marqué et présentant assez de mobilité pour avoir fait presque toujours penser à un rein mobile.

Le hasard nous a fait rencontrer, au cours de nos expériences, un foie présentant une disposition identique. Nous l'avons dessiné et nous en donnons ici la description (fig. 15).

Femme de 30 ans, très amaigrie. La base du thorax est très étroite, le ventre excavé.

Ouverture du ventre dans la position horizontale.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'extraordinaire longueur du lobe droit du foie. Son extrémité inférieure est dans le grand bassin à 20 cent. au-dessous de l'appendice xiphoïde, à 14 cent. au-dessous de la partie moyenne du rebord costal. Ce lobe assez mobile, qui recouvre immédiatement le rein, est situé tout entier au-dessous de la vésicule biliaire, qui est saine. Son pédicule, très large, se trouve précisément à peu près au niveau de la vésicule. En ce point, le lobe a 10 cent. de large, dimension qu'il conserve presque jusqu'à son extrémité inférieure.

Les ligaments du foie ne sont en aucune façon allongés, et la convexité de la glande est en contact presque immédiat avec la voûte du diaphragme. Le foie n'est donc pas abaissé et il s'agit bien là d'un véritable lobe flottant, comme ceux qui ont déjà été observés par divers auteurs. Nous en donnons ici le dessin très exact.

En outre, il y a phénomènes d'entéroptose très marquée. L'estomac

descend à quelques centimètres au-dessus du pubis. Le côlon, sauf par son angle sous-costal gauche, est tout entier dans le grand bassin, tandis que l'intestin grêle remplit la cavité pelyienne.

Le rein droit est abaissé et légèrement mobile, il est situé immédiatement sous le lobe flottant du foie.

Nous n'avons pu trouver rien d'anormal du côté des ligaments et de la

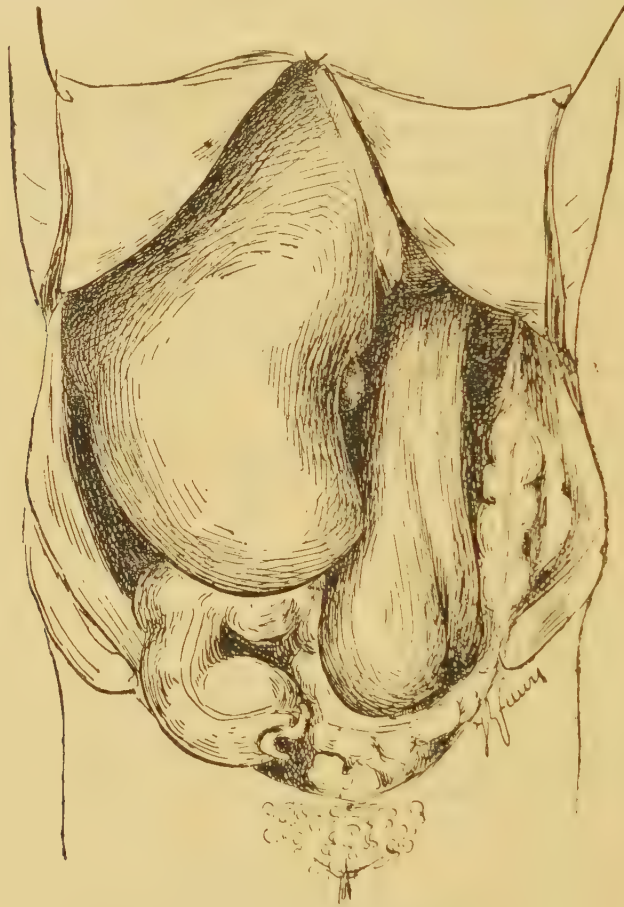


FIG. 15. — *Lobe flottant.* — Entéroptose.

veine cave, et le foie n'était pas plus mobile qu'à l'état normal. Seul le lobe droit se laissait facilement dévier en divers sens.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un lobule appendiculaire, facilement reconnaissable à la palpation et de dimensions parfois considérables. Ce lobule appendiculaire qui, il est vrai, est d'ordinaire fort peu mobile, descend souvent assez bas pour qu'on puisse le confondre avec un abaissement de la masse totale du foie, et pour peu qu'il se laisse déplacer, avec un véritable foie mobile. Mais il y a ici une circonstance tout à fait particulière. Ce lobule est sous la dépendance immédiate d'une affection de la vésicule biliaire. Lorsque celle-ci, pour une cause quelconque, presque toujours à la suite de l'oblitération du canal cystique par l'enclavement d'un calcul, vient à augmenter de volume, et acquiert les dimensions énormes qu'on lui reconnaît quelquefois, la languette hépatique adhérente à la vésicule et qui confine au bord tranchant, la suit dans son accroissement, la coiffe pour ainsi dire, et peut ainsi acquérir un volume considérable, au point de masquer la vésicule énorme et de faire croire à une augmentation de volume du foie. Et la naissance et l'accroissement de ces lobules appendiculaires dépendent si bien de la maladie première de la vésicule, que lorsque celle-ci, opérée, vient à guérir, le lobule anormal disparaît avec elle.

C'est Riedel (1) qui a attiré l'attention sur ce point. Les quelques observations suivantes, très brièvement résumées sont probantes :

Obs. I. — On trouve, à la palpation, un appendice du foie descendant du lobe droit jusqu'à la région ombilicale. Il est long de dix centim., large de quatre centim. à sa partie inférieure et de huit centim. à sa base. A travers la paroi abdominale, on sent très nettement les bords tranchants de l'appendice qui suit les mouvements respiratoires.

Obs. II. — On constate par la palpation l'existence d'un appendice dur et lisse du lobe droit du foie, descendant jusqu'à l'ombilic et même un peu plus bas, large de 10 centim. à la base et de 4 centim. à la pointe.

Obs. III. — Appendice en languette du lobe droit du foie descendant jusqu'à 2 centim. au-dessous de l'ombilic.

Obs. IV. — Le prolongement hépatique accompagnant la vésicule descendait à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic, et dépassait la ligne médiane de 2 centim. environ.

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1883, nos 29 et 30, et *Bulletin médical*, Paris, 1888, p. 1177.

OBS. V. — Appendice en languette, au-dessous duquel on sent distinctement la vésicule grosse comme le poing.

OBS. VI. — On constate au lobe droit du foie, un appendice en languette, de forme arrondie, à bords tranchants et dépassant par son bord inférieur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Toutes ces observations ont été suivies de laparatomies dirigées contre l'affection de la vésicule, laparotomies qui ont permis de s'assurer de l'existence réelle de cet appendice du foie.

En outre, et c'est là ce qui montre bien leur origine, lorsque, après la cholécystotomie, la vésicule a repris ses dimensions normales, ces lobules se sont ratatinés, ont diminué et, en fin de compte, ont disparu.

Voilà donc une particularité contre laquelle il faut se tenir en garde, mais qui, en réalité, au point de vue de l'anatomie pathologique doit être absolument séparée des cas d'hépatoptose dont nous nous occupons ici.

En dehors de cette lobulation, le foie ne présente aucune particularité caractéristique, mais il peut être atteint, au même titre qu'un foie bien suspendu, d'altérations diverses.

C'est ainsi que dans le cas de Trush, un des rares qui avait été suivis d'autopsie, le foie déplacé était infiltré de noyaux cancéreux.

L'appareil suspenseur proprement dit, les ligaments et la veine cave, n'ont jamais présenté d'altérations bien nettes. Les observations sont du moins muettes sur ce point.

C'est seulement au cours de la dissection que nous rapportons plus haut, que se rencontraient du côté de la veine cave des particularités dignes de remarque.

Peut-être ne les avons nous trouvées que parce que nous les avons cherchées, persuadé que nous étions de l'importance capitale de la veine cave dans la suspension du foie. Mais personne n'avait encore signalé le relâchement de ce vaisseau, qui d'ailleurs n'est peut-être que consécutif à la chute du viscère. Il serait par conséquent téméraire de lui accorder trop d'importance et de vouloir généraliser cette lésion.

Ce qui est plus général, ce sont les troubles du côté de la paroi abdominale, flasque et pendante, l'éventration, le « ventre pendant » de

Landau qui, le premier, a longuement insisté sur ce point. Nous en reparlerons d'ailleurs au chapitre des causes de la chute du foie.

Et cette éventration, qui cependant n'est pas constante, qui en particulier n'existait pas chez la femme que nous avons disséquée, cette éventration est évidemment presque toujours accompagnée d'entérop-tose généralisée.

A voir la fréquence de la maladie de Glénard, même lorsque la paroi abdominale est ferme et solide, même chez les hommes, puisque, au cours de nos expériences, nous l'avons constatée plusieurs fois, — une fois sur cinq à peu près ; — à voir cette fréquence extrême, il est permis de dire qu'elle existe toujours lorsque les troubles de la statique abdominale sont assez avancés pour produire l'hépatoptose. Celle-ci, en effet, n'est sans doute que la dernière étape de l'entérop-tose, qui doit, par conséquent, la précéder dans tous les cas ou à peu près.

Et ces lésions de « relâchement » ne sont pas les seules qu'on observe dans l'hépatoptose, ou plutôt avec l'hépatoptose. Il suffit de consulter les observations pour voir que les malades qui présentent un foie mobile portent souvent d'autres signes révélateurs du même processus morbide : hernies, reins mobiles, varices, prolapsus du vagin ou de l'utérus, effondrements périnéaux.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous pensons qu'il est plus rationnel de décrire l'hépatoptose avant d'en rechercher les causes. Celles-ci, en effet, nous venons de le voir, sont anatomiquement inconnues, ou mal connues ; elles ne peuvent donc se déduire que de l'examen des malades, de l'étude de leurs antécédents, de leurs souffrances, de l'évolution de leur mal.

Le début de la maladie est en général lent, insensible : quelques sensations vagues dans l'abdomen, quelques troubles digestifs, et la maladie, car c'est presque toujours d'une femme qu'il s'agit, s'aperçoit un jour, par hasard, de l'existence d'une tumeur plus ou moins mobile qui flotte dans son abdomen. Quelquefois, jusqu'au moment de cette découverte inattendue, la santé a été absolument parfaite. Mais presque toujours ce sont des troubles plus ou moins variés, et en particulier des douleurs, qui attirent d'abord l'attention. Les choses peuvent rester fort longtemps en l'état, s'améliorer, s'aggraver, et l'on assiste alors à l'évolution d'un mal qui revêt communément les caractères que nous allons décrire.

Successivement nous passerons en revue les troubles fonctionnels et les troubles physiques qui se rencontrent dans cette maladie, dont la chute du foie n'est, en somme, que le phénomène le plus caractéristique.

Rien de plus variable, rien de plus inconstant que les *symptômes fonctionnels*. Parfois tenaces, parfois fugitifs, disparaissant pour reparaitre encore, ne laissant quelquefois ni trêve ni repos, ils se manifestent surtout par trois ordres de phénomènes : des douleurs, des troubles gastro-intestinaux, des troubles de système nerveux.

Ce sont, en général, les douleurs qui, les premières font leur apparition. Il n'est cependant pas très rare de les voir manquer complètement d'un bout à l'autre de la maladie, qui ne se révèle alors que par quelque signe physique, souvent découvert par hasard, par exemple, une tumeur mobile dans la cavité abdominale. Mais, d'ordinaire, les

phénomènes douloureux sont marqués ; ils peuvent même, en certains cas, atteindre une intensité extraordinaire, et se compliquer alors, nous le verrons, des troubles nerveux les plus alarmants.

Cependant, lorsqu'elles existent, comme c'est la règle générale, les douleurs peuvent se présenter sous deux aspects bien différents :

Tantôt il s'agit d'une vague sensation de pesanteur abdominale, avec tiraillements épigastriques, irradiations confuses en divers sens, du côté des reins, de l'épigastre, du bas-ventre, de l'ombilic, de l'omoplate, un peu partout enfin. Ces douleurs, en général supportables, sont exagérées par la station debout, la marche, les exercices fatigants, les secousses de toute nature. Elles sont au contraire calmées par le repos horizontal, soit sur le dos, soit sur l'un des côtés, quelquefois sur le ventre, ou par le port d'une bonne ceinture. Parfois aussi, elles sont calmées par le repas, sans doute parce que la réplétion de l'estomac contribue à soutenir et à immobiliser le foie. Souvent ces douleurs présentent un caractère particulier, c'est une sensation de déplacement dans l'intérieur du corps, il semble qu'un organe « se décroche » et tombe. Bref on assiste à tout un cortège de phénomènes plutôt gênants que douloureux, en tous cas de moyenne intensité et à peu près supportables.

Tantôt au contraire, les douleurs sont beaucoup plus vives, aiguës, arrachant des cris à la malade. On se croirait en présence d'une violente attaque de colique hépatique. Des élancements douloureux se font sentir dans les reins, les flancs, l'omoplate. Des nausées, des vomissements, des sueurs froides, parfois même des syncopes, viennent aggraver la crise qui dure un temps extrêmement variable. Puis les douleurs s'atténuent ou cessent même complètement pour reprendre à la première occasion, après un mouvement brusque, un effort, une chute, parfois sans cause apparente, souvent à propos des règles. Ces crises violentes et sans cesse renouvelées finissent par ébranler la santé de la malade, d'autant plus qu'elles sont presque toujours accompagnées de troubles digestifs variés.

Ceux-ci, parfois aigus, surtout au moment des douleurs violentes, qui s'accompagnent de nausées et de vomissements, sont en général chroniques, ne quittent pas la malade, et l'on retrouve ici tous les symptômes de cette « dyspepsie nerveuse » si parfaitement étudiée par Glénard, avec aigreurs, flatulence, digestions pénibles, pesanteur

épigastrique, météorisme, constipation, etc. Il est d'ailleurs probable que tous ces phénomènes gastro-intestinaux sont imputables non pas à l'hépatoptose elle-même, mais à l'entéroptose qui l'accompagne ou plutôt la précède presque fatalement.

Mais ce n'est pas tout, et les phénomènes nerveux ne tardent pas, en général, à faire leur apparition, aussi bien parfois dans les cas où les douleurs sont atténuées, que dans ceux où elles sont violentes et paroxystiques. Les malades souffrant sans cesse, ne pouvant supporter ni la marche, ni la voiture, ni le travail, ne pouvant rester ni debout, ni assises, ni même quelquefois couchées, prenant parfois, pour soulager leurs souffrances, des positions invraisemblables et ne pouvant y parvenir, finissent par perdre l'appétit, le repos, le sommeil, mangent peu, dorment mal, et ne tardent pas à devenir irritables, insupportables aux autres et à elles-mêmes, souvent profondément névropathes, parfois franchement hystériques, maniaques (obs. 2) et au besoin morphinomanes (obs. 50).

Ce sont là, heureusement, des cas exceptionnels. Encore faudrait-il savoir si tous ces troubles nerveux sont imputables aux douleurs incessantes provoquées par l'entéro-hépatoptose, ou si, tout au contraire, ce qui nous semble plus probable, les douleurs n'apparaissent pas exclusivement, avec ce caractère de lamentable ténacité, chez des malades que leur hérédité a créés névropathes.

En dehors de ces phénomènes principaux, il en est beaucoup d'autres, inconstants, variables et qu'on retrouve dans un certain nombre d'observations, mais d'une façon très irrégulière.

Le plus fréquent de tous est incontestablement l'ictère, qui apparaît à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, peut persister longtemps, puis disparaître, pour reparaitre quelque temps après. Il est plus ou moins accentué, en général léger, et dans plusieurs observations on note simplement une teinte subictérique de la peau. Cette jaunisse s'explique avec la plus grande facilité, même en l'absence de toute altération de la substance du foie. On comprend très bien que, par suite de l'abaissement de l'organe, il puisse y avoir, du côté des voies d'excrétion de la bile, quelque compression, quelque coudure qui s'oppose à son libre passage, et détermine la résorption dans le torrent circulatoire d'une partie de ses matières colorantes.

De même que les voies biliaires, la veine porte est parfois comprimée, coudée, peut-être même tordue sur elle-même, comme l'a écrit Szigethy (obs. 49). Il en résulte une augmentation de pression dans tout le territoire de la veine porte, une extravasation du plasma sanguin et un épanchement dans la cavité du péritoine. L'ascite se montrera dont quelquefois, assez rarement, il est vrai, et elle pourra, comme l'ictère, apparaître ou disparaître avec la plus grande irrégularité.

Le tiraillement, peut-être la coudure de la veine cave se traduiront aussi par des troubles de la circulation veineuse de la moitié inférieure du corps, de l'œdème des malléoles, ou même un développement exagéré de la circulation collatérale par les canaux veineux sous-cutanés (obs. 31). Ces tractions sur la veine cave ne semblent produire du côté du cœur aucun phénomène morbide, et toutes les observations où l'état du cœur est mentionné le représentent comme fonctionnant régulièrement. Cela tient sans doute à ce que les efforts de la veine cave s'épuisent sur le centre phrénique où elle s'insère, sans se transmettre jusqu'aux parois de l'oreillette.

En revanche, il y a parfois quelques troubles pulmonaires, dyspnée, oppression, et jusqu'à des accès d'asthme. Il en faut sans doute chercher la cause dans les obstacles apportés au jeu régulier du diaphragme.

Du côté des organes génito-urinaires, les phénomènes ne sont pas moins indécis, ni moins inconstants. On a vu de l'albuminurie, de la fréquence des mictions, des métrorrhagies. Mais ici encore, il est très difficile de faire le départ entre ce qui appartient à l'hépatoptose et ce qu'il faut imputer aux autres lésions qui l'accompagnent.

C'est ainsi que, si on peut attribuer la fréquence des mictions à la compression exercée sur la face supérieure de la vessie par la chute du foie et du paquet intestinal, il serait sans doute plus exact de chercher la cause de l'albuminurie dans un état pathologique du rein, et celle des métrorrhagies dans quelque inflammation utérine, quelque métrite bien compréhensible chez des femmes qui, ayant eu pour la plupart des grossesses et des accouchements répétés, ont été maintes fois soumises à toutes les causes d'infection. Encore est-il possible, pour ce cas particulier, que les troubles circulatoires de la veine cave, dus à l'hépatoptose elle-même, déterminent un état congestif de

tous les organes du petit bassin qui facilitera singulièrement les hémorragies utérines.

Comme on le voit, tous ces symptômes fonctionnels n'ont rien de caractéristique. Il sont communs à divers états pathologiques. Ils ressemblent en particulier beaucoup à tout ce que l'on rencontre dans la chute du paquet intestinal et dans le rein mobile, et il serait complètement impossible de distinguer, par la seule analyse de ces symptômes, ces maladies l'une de l'autre, et d'affirmer l'existence de l'hépatoptose, si l'on n'avait d'autres signes d'une valeur beaucoup plus grande et qui, dans un bon nombre de cas, permettent de lever tous les doutes. Nous voulons parler des *signes physiques*.

Ceux que donne la simple inspection du ventre sont déjà de quelque importance. Chez beaucoup de malades atteintes d'hépatoptose, en effet, la paroi abdominale antérieure distendue par les grossesses passées et mal revenue sur elle-même, est flasque, sans résistance, presque toujours très amincie. L'écartement des muscles grands droits peut atteindre jusqu'à dix et quinze centimètres, et cela parfois depuis le pubis jusqu'à l'appendice xiphoïde. Il s'agit en un mot d'une véritable éventration.

Il y a plus. Comme il existe toujours un certain degré d'entérop-tose, la masse intestinale venant s'appuyer sur la face profonde de cette paroi incapable de la soutenir, la repousse en avant et peut même, en la chassant ainsi devant elle, descendre jusqu'au-devant de la symphyse pubienne. Ce n'est point là une véritable hernie, mais bien un « *ventre pendant* », suivant l'expression peu élégante, mais très exacte, employée par Landau. Le ventre tombe réellement au devant du pubis, parfois jusqu'à la partie supérieure des cuisses. La peau fanée, ridée, sillonnée de vergetures, recouvre en général immédiatement l'aponévrose du grand oblique, la ligne blanche distendue. La paroi est en effet presque toujours fort mince et dépourvue de graisse. C'est là, évidemment, une condition excellente pour l'examen du contenu de la cavité abdominale, mais elle n'est pas constante. Sans parler des quelques cas observés chez des hommes, chez lesquels l'éventration n'existe pas, il y a un bon nombre d'observations, au moins la moitié, ayant trait à des femmes, observations dans lesquelles il n'est fait aucune mention de cet amincissement de la paroi.

Il est vrai que parmi elles, il en est un certain nombre qui sont résumées, en tous cas incomplètement rapportées, et qui sont peut-être ainsi muettes sur un signe qui, en réalité, existait. En tous cas, il n'existait pas sur la malade dont nous avons rapporté plus haut l'autopsie.

Cette minceur exceptionnelle de la paroi abdominale permet d'apercevoir, on pourrait dire par transparence, les organes qu'elle recouvre. Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont souvent perceptibles, et, lorsqu'une tumeur quelconque vient à occuper l'abdomen, elle peut soulever la paroi en une saillie très appréciable à l'œil. Ainsi est-il souvent pour le foie prolabé. On voit, en un point quelconque de la paroi abdominale, une saillie anormale, asymétrique, rétro-ombilicale ou située dans le flanc droit, et il suffit d'y porter la main pour se convaincre qu'elle est produite par un corps solide, volumineux, en général lisse et convexe, donnant la sensation d'une tumeur profonde.

Certains auteurs signalent une étroitesse particulière de la base du thorax, qui pour les uns serait la cause, pour les autres la conséquence de l'abaissement du foie. Mais nous pensons que c'est là un caractère trop incertain et trop hypothétique pour mériter autre chose qu'une mention. Nombreux en effet sont les gens à thorax étroit, et à foie très bien suspendu, alors que les malades atteints d'hépatoptose ne semblent pas, à l'étude des observations, avoir présenté un thorax particulièrement rétréci.

L'auscultation du cœur n'apprend rien, celle du poumon, pas davantage. Cependant on pourrait constater, du côté droit, au dire de quelques auteurs, un abaissement sensible de la limite de perception du murmure vésiculaire. Ce signe n'a rien que de très rationnel et l'on comprend très bien que, le foie étant descendu, la convexité supérieure du diaphragme ayant, pour ainsi dire, disparu du côté droit, l'expansion du poumon se puisse faire un peu plus bas qu'à l'ordinaire, jusque près du rebord costal, en un point où, normalement, se trouve le sinus costo-diaphragmatique, où la plèvre diaphragmatique, soulevée par la convexité du foie, s'accole à la plèvre costale, en formant un cul-de-sac, au fond duquel le poumon ne saurait descendre.

Si l'auscultation ne donne rien, il n'en est pas de même de la per-

cussion. Lorsqu'on vient en effet à percuter le flanc d'un sujet sain, sur la ligne axillaire, on trouve jusqu'à hauteur du mamelon à peu près, car les différences individuelles sont très importantes et s'accroissent encore avec l'état du poumon, l'importance des mouvements respiratoires, l'amplitude de l'inspiration, etc., on trouve une sonorité franche, mais non tympanique, le son pulmonaire en un mot. Au-dessous, commence une submatité qui se transforme bientôt en une matité complète. C'est la matité hépatique, bientôt et brusquement remplacée, au niveau du rebord costal, à peu près, par une sonorité exagérée, par un son véritablement tympanique dû à la présence des anses intestinales, coliques ou grêles, distendues par des gaz.

Cette matité hépatique qui s'étend, plus ou moins franche, sur dix centimètres à peu près, au niveau de la ligne axillaire, cinq ou six seulement au niveau de la ligne mammaire, qui disparaît presque complètement au creux épigastrique, mais qui se prolonge en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, cette matité hépatique est constante, absolument constante, hors certains cas tout à fait exceptionnels et avec lesquels on n'a pas le droit de compter, comme ceux, par exemple, de disposition des viscères.

Lors donc qu'elle viendra à disparaître complètement, son absence sera un signe des plus précieux. Dans ces cas, et au cours des observations ici publiées, il en est beaucoup dans lesquelles la percussion de la région hépatique a été faite avec le plus grand soin, on peut voir la matité hépatique disparaître d'une façon complète et le son pulmonaire être immédiatement suivi, au niveau de la 7^e ou de la 8^e côte, par un son tympanique, qui s'accroît encore lorsqu'on arrive sur le rebord costal. On est alors évidemment sur les intestins, qui ne sont séparés du poumon et de la cavité pleurale que par l'épaisseur du diaphragme, ce qui ne peut se faire, évidemment, qu'à la condition que le foie ait quitté son siège normal.

Dans ce cas, on doit retrouver ailleurs une zone de matité qui normalement n'existe pas, et, à la nouvelle place occupée par le foie, on rencontre, en effet, un endroit où la sonorité intestinale est ou voilée, ou disparue. Le foie pouvant se porter en des points très différents de la cavité abdominale, souvent même fort loin de son lieu d'attache ordinaire, c'est en des endroits très divers qu'on rencontrera, par la percussion de l'abdomen, une matité anormale. Quelquefois sa limite supérieure commence à la hauteur de l'arc des fausses côtes ou même

un peu au-dessus, et sa limite inférieure se trouve à dix ou quinze centim. au-dessous, dans le flanc droit. Parfois le centre de la zone à son mat se trouve à l'ombilic, que la matité déborde de chaque côté, en général plus à droite qu'à gauche. Quelquefois c'est dans la fosse iliaque droite, c'est derrière la ligne blanche sous-ombilicale, c'est enfin dans l'hypochondre gauche lui-même qu'il la faut aller chercher. Rarement elle manque; mais elle peut manquer. Il suffit que quelques anses intestinales se glissent entre la paroi abdominale et le foie, refoulé vers la profondeur.

Autre signe, et des plus importants : la zone de matité peut se déplacer à la suite d'un mouvement, d'un changement de position du malade, et cela ne se pourrait faire si l'organe profond qui la délimite ne se déplaçait pas lui-même. Mais il faut se garder de confondre cette matité avec celle que peut fournir une tumeur abdominale d'une tout autre nature, quelle qu'elle soit, kyste hydatique, kyste ovarien, voire même utérus gravide. Pour acquérir une valeur absolue, la constatation de la présence de cette matité en un point normalement sonore, doit être corroborée par la constatation de son absence dans l'hypochondre droit où l'on a coutume de le rencontrer.

Voilà donc un symptôme de grande valeur, et qu'on ne négligera pas de rechercher. Mais de tous les signes physiques, le plus important, évidemment, c'est la présence dans l'abdomen d'une tumeur dans laquelle on peut, par le palper, reconnaître tous les caractères du foie. On palpera donc l'abdomen avec le plus grand soin, et, il faut le dire, cela est en général facile à cause de la minceur et de la laxité de la paroi abdominale. Elle se laisse déprimer et refouler avec la plus grande facilité, si bien que la main peut parfois entrer littéralement dans le ventre.

La lecture des observations que nous avons recueillies montre que, dans un très grand nombre de cas, il a été possible de délimiter très exactement les contours du foie, de reconnaître sa forme, sa consistance particulière, de préciser même certains détails de sa surface extérieure.

En général on reconnaît assez bien sa face convexe, arrondie, lisse. Presque toujours elle se trouve en contact avec la paroi abdominale, qui seule la sépare de la main.

Il est également, dans bien des cas, possible de sentir le bord tran-

chant et de le saisir entre le pouce et les doigts qui s'enfoncent profondément en déprimant la paroi. Lorsque celle-ci n'est pas assez flasque pour permettre cette manœuvre, on peut souvent reconnaître le bord tranchant à l'incisure plus ou moins profonde qu'il présente sur sa partie moyenne et dans laquelle s'engage le cordon de la veine ombilicale. Cette particularité est signalée dans un certain nombre d'observations. On sent aussi quelquefois ce cordon lui-même, et enfin, à droite de cette échancrure, une petite saillie plus ou moins rénitente, plus ou moins dure, qui n'est autre chose que le fond de la vésicule biliaire. Enfin on aurait même pu sentir nettement la face inférieure du foie reconnaissable à son sillon transverse.

Toutes ces sensations sont évidemment plus ou moins nettes, parfois très obscures. Mais il n'en est pas moins vrai que souvent on peut parfaitement reconnaître à la tumeur qu'on a sous la main la forme et les dimensions du foie. On peut aussi se rendre compte, d'une manière assez précise, de sa consistance, et c'est encore là un signe précieux, car il n'est guère de tumeur dont la trame présente le même degré de résistance et en même temps d'élasticité que le tissu du foie.

Enfin il est un dernier signe, des plus importants, lui aussi, sur lequel le palper peut seul donner des renseignements très exacts, c'est la mobilité de la tumeur. Le foie prolabé, nous l'avons vu, est essentiellement mobile. Il est aussi le plus souvent réductible. Quelquefois il l'est spontanément et reprend sa place sous le diaphragme dès que le malade se couche, souvent il la reprend avec l'aide du malade lui-même, qui le soulève avec sa main, et, d'ordinaire, obtient même de cette manœuvre un soulagement véritable. La plupart du temps, en faisant mettre au besoin le malade dans une position déclive, on parvient donc à replacer le foie en son siège normal. En tous cas on peut presque toujours constater sa mobilité latérale.

Tels sont les signes principaux, tant physiques que fonctionnels, qui permettront, en pareil cas, d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un foie mobile. Et cependant l'erreur est facile, elle est fréquente, souvent, il faut le dire, plutôt parce qu'on ne pense pas au foie mobile que parce que les signes ne sont pas assez nets pour pouvoir affirmer sa présence. Nous ne parlons pas de ces cas, très rares sans doute, analogues à celui de Garnett (obs. 19) et dans lesquels la chute du

foie se présente avec de véritables caractères aigus. Il s'agit là, en réalité, d'une véritable luxation du foie, qui n'a d'analogie avec l'hépatoptose que par le déplacement de la glande vers la partie inférieure de l'abdomen. Nous voulons parler seulement des cas ordinaires, de ceux qui rentrent à peu près dans la description que nous en avons faite.

La constatation d'une tumeur mobile dans l'abdomen et l'absence de matité dans la région hépatique permettront d'éliminer d'emblée de multiples causes d'erreur, en particulier les coliques hépatiques, toutes les dyspepsies, tous les troubles plus ou moins bien caractérisés de l'appareil gastro-intestinal, au cours desquels il ne saurait y avoir de tumeur. Mais celle-ci reconnue, il faut se garder de la confondre avec un néoplasme développé aux dépens d'un organe voisin, comme le rein, le mésentère, ou même éloigné, comme l'ovaire. Ces erreurs ont dû être faites. Il est même possible que, parmi les observations qu'on a publiées comme étant des exemples de foie mobile, se soient glissées quelques erreurs de diagnostic. L'observation suivante en fait foi (1) :

Mad. Sch..., 57 ans, sans antécédents ; réglée tard et peu. N'a jamais eu d'enfants. Ses règles ont cessé à 52 ans. C'est de cette époque que date sa maladie.

Elle a commencé par maigrir beaucoup, puis est apparue de l'œdème des pieds et plus tard une dilatation assez forte du ventre. Au commencement de décembre 1872, je trouvai une augmentation de volume du ventre due à une ascite, et je ne pus constater la moindre matité du foie, ce qui me fit croire à une cirrhose hépatique.

A cette époque, une ponction donne 30 litres de liquide. On peut alors constater qu'il est impossible de déceler dans l'hypochondre droit la présence du foie. Le son pulmonaire se transforme en son jécoral à la partie antérieure et latérale gauche du thorax.

La palpation donne également un résultat négatif. Dans le ventre, au contraire, on peut circonscrire deux tumeurs. L'une dans la région supérieure, contre la paroi abdominale, s'étend de la ligne mamillaire droite à la ligne mamillaire gauche, qu'elle dépasse. Vers le bas, à la hauteur de l'ombilic, elle forme un bord assez nettement tranché, qui présente un peu vers la gauche une incisure très nette à angle obtus. La surface lisse peut être suivie en haut et en arrière aussi loin que le permet le relâchement de la paroi, sans qu'on puisse parvenir à délimiter la tumeur d'une façon

(1) MULLER. V. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, Leipzig, 1874. XIV, 146-149.

nette. Il y a de la matité en dedans des bords latéraux et du bord inférieur, ainsi que vers le haut sur la largeur de la main. Plus loin elle se transforme en un son tympanique. Du bord inférieur part un cordon du volume du doigt, facile à palper, et qui se perd vers le bas.

Il y a une deuxième tumeur, grosse comme une tête d'enfant, ronde, facile à sentir à droite, par-dessus la symphyse. Il n'y a entre les deux tumeurs aucune liaison sensible.

On pensa qu'il s'agissait là d'un foie mobile et d'une tumeur ovarienne; quant au cordon qu'on sentait vers le bas, on ignorait sa nature. La tumeur ovarienne augmenta rapidement, l'ascite reparut bientôt; il y eut dix ponctions en un an.

La tumeur ombilicale conservait le même volume.

Mort le 23 décembre.

L'autopsie, faite par le Dr Ziegler, ne confirma pas le diagnostic. La tumeur supérieure ressemblait beaucoup au foie par sa couleur. En outre, à première vue, on ne distinguait pas le foie dans l'hypochondre. Mais ce prétendu foie n'était que l'épiploon chroniquement enflammé, adhérent au côlon transverse, ressemblant absolument à la partie antérieure du foie. Le cordon qu'on sentait à travers la paroi abdominale était un prolongement de cet épiploon, relié à la tumeur inférieure. Il n'y avait rien dans la partie antérieure de l'hypochondre droit. Le foie était diminué de moitié, adhérent solidement à la face inférieure du diaphragme et aux piliers.

La tumeur inférieure était bien un kyste de l'ovaire avec adhérences multiples.

Voici donc un cas, qui, s'il n'avait pas été suivi d'autopsie aurait été donné comme une observation de foie mobile. Il est vrai qu'il n'est fait nulle part, ici, mention de la mobilité du foie, qui est, ainsi que nous l'avons dit et répété, un signe de la plus grande valeur. Son absence, alors surtout qu'il existait une tumeur sensible dans laquelle on croyait reconnaître le foie, eût dû suffire à modifier, du vivant de la malade, ce diagnostic hasardé.

Nous ne parlons que pour mémoire, bien entendu, des renseignements de premier ordre qui peuvent, dans certains cas, être fournis par des moyens d'exploration qui, en réalité, ne sont guère utiles lorsqu'il s'agit d'un cas d'hépatoptose. C'est ainsi que le toucher vaginal, par exemple, qui ne donnera que des renseignements négatifs si l'on se trouve en présence d'un foie mobile, sera précieux lorsqu'il s'agira d'un kyste de l'ovaire qu'il permettra de reconnaître. C'est encore l'exploration directe qui permettra d'éliminer les tu-

meurs utérines et, en général, tous les néoplasmes qui peuvent prendre naissance dans le petit bassin.

Certaines tumeurs du mésentère, solides ou kystiques, prêteront davantage à confusion parce que, incluses entre les deux feuillets du ligament suspenseur de l'intestin, elles jouissent en général d'une certaine mobilité. C'est alors la constatation de la matité hépatique dans l'hypochondre droit qui permettra d'éviter l'erreur.

Il est parfois plus délicat de se prononcer lorsqu'il s'agit d'une augmentation de volume du foie lui-même, soit par suite du développement d'un kyste hydatique, soit par suite de quelque affection organique de son parenchyme. Si, dans ces cas, une portion quelconque du foie, la pointe du lobe droit en particulier, dépasse sensiblement le rebord costal et qu'on puisse lui imprimer, ainsi qu'il arrive souvent, quelques petits mouvements, il faudra encore demander des renseignements à la percussion, voir si le foie n'est pas augmenté de volume, voir surtout s'il n'existe pas d'autres signes locaux ou généraux, frémissement hydatique, ictère, cachexie, etc., qui amènent nécessairement à éliminer le diagnostic d'hépatoptose.

Il faudra voir également si cette augmentation de volume n'est pas apparente et si elle n'est pas due, tout simplement, à un abaissement total du foie par quelque épanchement pleural.

Enfin dans ces diverses constatations, il ne faudra pas perdre de vue que, même lorsque le malade est couché, le foie n'est pas forcément malade, ou abaissé parce qu'il dépasse sensiblement le rebord des fausses côtes, puisque c'est là, nous l'avons vu, une disposition qu'on peut considérer comme normale.

Le diagnostic sera plus malaisé lorsqu'on se trouvera en présence de ces lobes flottants, comme ceux qu'ont signalé Riedel, Terrier et Baudouin, et qui sont sous la dépendance d'une affection de la vésicule, augmentée elle-même de volume, ou encore lorsqu'il s'agira de ces foies lobulés analogues à ceux qu'ont opérés Ritter von Hacker, Tscherning et Langenbuch. C'est alors à l'examen approfondi de la vésicule, à l'étude des antécédents au point de vue de la lithiasé biliaire, c'est encore et toujours à la percussion de la région hépatique qu'il faudra demander des éclaircissements.

D'ailleurs, si l'examen est difficile, si par hasard il s'agit d'un homme, si les parois abdominales sont résistantes, on est parfaitement

en droit d'employer le chloroforme et d'examiner le malade en état de pleine anesthésie et de résolution musculaire.

Tous les cas que nous venons de passer en revue sont, en somme, exceptionnels, et il est assez rare de les voir confondus avec l'hépatoptose.

Il n'en est pas de même d'une autre affection qui est, elle, une source presque constante d'erreurs, d'autant plus que sa fréquence extrême attire l'attention sur elle et fait qu'on la recherche avec soin. Nous voulons parler de la *néphroptose*. Très souvent, en effet, des cas d'hépatoptose ont été pris pour des reins mobiles, et on conçoit que l'erreur soit des plus faciles : même symptomatologie nulle ou violente, mêmes douleurs sourdes ou paroxystiques, mêmes sensations spéciales de ballonnement, de chute d'un organe dans l'intérieur du corps, mêmes troubles gastro-intestinaux, mêmes réactions névropathiques, même sensation de tumeur et de tumeur mobile du côté de la fosse iliaque, tout se ressemble, tout se copie, et ces deux affections, *néphroptose* et *hépatoptose*, sont pour ainsi dire calquées l'une sur l'autre.

Bien plus, elles vont souvent ensemble, ou tout au moins la chute du rein accompagne très souvent la chute du foie. Heureusement, la réciproque n'est pas vraie, car l'une est fréquente alors que l'autre est rare. Mais, nous le répétons, lorsque la ptose hépatique existe, la ptose rénale est commune, et il en est des cas qui ont été anatomiquement vérifiés. Il n'est donc pas étonnant que des erreurs aient été commises.

D'ailleurs, si l'on peut en commettre trois, il faut bien dire qu'on n'en commet jamais que deux. Jamais, en effet, on ne prendra un abaissement du rein pour une hépatoptose, parce qu'on pense au rein mobile et qu'on ne pense pas à la chute du foie, et parce qu'on ne peut guère s'arrêter à ce dernier diagnostic qu'après avoir épuisé tous les autres. Mais, en revanche, on prend l'hépatoptose pour le déplacement du rein parce que, lors même qu'on se trouve par hasard en face d'un foie déplacé, à moins de signes évidents, on s'arrête avec plus de complaisance au diagnostic du rein mobile, et cela parce qu'on le sait très fréquent, parce qu'on en a déjà vu. Enfin la troisième erreur que l'on puisse commettre, et qu'on n'a garde d'éviter, est celle qui consiste à méconnaître une des deux affections lorsqu'el-

les existent ensemble. Cette erreur est d'autant plus facile, et M. Gérard Marchant insiste particulièrement sur ce point, que les signes physiques varient souvent du jour au lendemain. Au cours d'un examen, on reconnaît nettement la mobilité du rein, puis celui-ci rentre dans sa loge et c'est ensuite le foie qui semble déplacé. Nouvel examen, le lendemain par exemple, et de nouveau c'est le rein qui paraît mobile. Il y a là des circonstances cliniques bien faites pour égarer le chirurgien et dont on ne saurait trop se défier.

Et cependant un examen attentif doit permettre d'éviter les erreurs : Le volume de la tumeur mobile, beaucoup plus grand lorsqu'il s'agit du foie, l'exploration de la fosse lombaire par tous les moyens connus, dont quelques-uns, et en particulier le palper bimanuel, sont excellents, la percussion minutieuse de l'hypochondre droit, l'exploration de l'abdomen, au besoin sous le chloroforme, sont des moyens plus que suffisants pour éviter l'erreur. Pour reconnaître l'hépatoptose il suffit de la rechercher. On n'y pensait pas jusqu'ici, ou du moins on n'y pensait guère. Il ne nous coûte rien d'espérer que peut-être, à l'avenir, on y pensera davantage.

CHAPITRE III

Étiologie et pathogénie.

Et maintenant à quelles influences faut-il attribuer la chute du foie et le relâchement de ses ligaments suspenseurs ? Nous mettons hors de cause la volonté de Dieu, invoquée par Heister (obs. I). et ce n'est pas cet auteur, mais bien son siècle et son milieu, qu'il faudrait rendre responsables d'une explication qui est aujourd'hui devenue un peu insuffisante.

Nous ne parlerons pas non plus de la cholécystite et des lobes appendiculaires plus ou moins mobiles qu'elle peut, pour ainsi dire, créer de toutes pièces, comme dans les cas rapportés par Riedel. Il ne s'agit pas ici, en effet, de l'hépatoptose véritable, la seule que nous voulions envisager dans ce chapitre.

Il faut nécessairement, pour que le foie puisse descendre, que son appareil suspenseur se présente dans des conditions anormales.

Il faut qu'il soit, ou abaissé avec le foie, ou allongé, ou simplement absent.

L'abaissement total de l'appareil suspenseur, en même temps que le foie, n'existe pas. Il n'a du moins jamais été signalé. Cet appareil est constitué en effet, en dernière analyse, et c'est là un point sur lequel nous avons suffisamment insisté dans notre préambule anatomique, par le centre phrénique et le péricarde qui ne saurait en être séparé. Or un abaissement sensible du centre phrénique, et par conséquent du péricarde, ne saurait avoir lieu sans s'accompagner d'un abaissement correspondant du cœur, et nous ne sachions pas qu'on ait encore signalé une observation de cœur battant dans l'abdomen ou même sensiblement au-dessous de son siège normal. Voilà donc une cause qu'il faut rejeter. Il n'en est pas de même de l'absence des ligaments, ou tout au moins de certains d'entre eux, qui a été observée. En voici la preuve :

Chez une femme de 24 ans, morte à la Pitié dans le service de Gallard, Longuet trouva, avec quelques anomalies de forme et de volume, une disposition tout à fait particulière des ligaments :

« Le foie n'adhérait aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans la cavité abdominale que par le ligament suspenseur falciforme, et par une sorte de pédicule constitué par la veine porte, l'artère hépatique et le canal cholédoque, lequel pédicule, étant entouré de toutes parts par le péritoine, unissait le foie au duodénum. Tout l'organe se trouvait tapissé par le péritoine de telle façon que le ligament coronaire et les ligaments latéraux n'existaient pas. L'organe parfaitement libre par tous ses bords, n'adhérait nullement au diaphragme, ce qui ne se voit pas sur les foies normaux. L'épiploon gastro-hépatique n'existait pas non plus.

De cette disposition anormale des attaches du foie, résultent deux particularités intéressantes à noter : 1° absence d'arrière-cavité des épiploons ; 2° mobilité extrême du foie, mobilité telle que l'organe biliaire dépassait de 4 travers de doigt au moins le rebord des fausses côtes et couvrait entièrement l'estomac (1). »

Dans un cas semblable, l'adhérence de la veine cave devrait suffire encore, et largement, pour empêcher la chute du foie, mais on n'en parle point, bien qu'elle existât, sans aucun doute. Il est d'ailleurs évident que l'absence de ligament coronaire devait singulièrement faciliter la mobilité du foie, bien qu'il soit difficile de comprendre cette absence totale de ligament, en même temps que l'existence des veines sus-hépatiques. Ce cas est fort obscur.

Mais c'est presque toujours à la laxité, partant à l'allongement de l'appareil suspenseur, ligaments et aussi veine cave, qu'il faut attribuer la possibilité de l'hépatoptose. Divers auteurs, Léopold, Sutugin, Chvostek, se sont ralliés à l'idée de Meissner, qui a avancé que cette laxité des ligaments était sans doute congénitale, et due à l'existence d'un mésohépar. Ce mésohépar, s'il existait, ne serait autre chose que le ligament coronaire, dont les deux feuillets antérieur et postérieur, seraient juxtaposés par leur face profonde comme ceux des ligaments triangulaires. Il permettrait ainsi, suivant sa longueur, un abaissement et une mobilité plus ou moins considérables. Cette assertion n'a qu'un défaut, celui d'être une pure hypothèse.

Landau a vainement cherché ce mésohépar sur un grand nombre de sujets. Nous-même l'avons cherché tout aussi vainement sur

(1) LONGUET. *Bull. Soc. an.*, 1874, p. 186.

beaucoup d'adultes et une cinquantaine de nouveau-nés. Nous avons toujours trouvé le ligament coronaire parfaitement développé, et le foie en contact immédiat avec le diaphragme. Jamais, en outre, personne ne l'a signalé, et, puisqu'on ne l'a jamais rencontré, il faut bien admettre qu'il n'existe pas.

Si donc la laxité de l'appareil ligamenteux qui soutient le foie n'est pas congénitale, il faut nécessairement qu'elle soit acquise. L'appareil suspenseur s'allonge, ou du moins se relâche, voilà le fait. Sous quelle influence? Voilà ce qu'il nous faut établir, s'il est possible de le faire.

Il y a à cette modification de la solidité de l'appareil suspenseur, deux ordres de causes : les unes, variables, agissent localement ; les autres sont d'ordre plus général, celles-ci sont, à notre avis, de beaucoup les plus importantes et dominant toute la pathogénie du foie flottant.

Les causes locales sont celles qui tendent à allonger les ligaments du foie en les soumettant à un excès de fatigue.

Elles sont assez nombreuses, et chaque auteur a plus ou moins indiqué la sienne. Elles résident dans le foie lui-même, ou peuvent agir en le repoussant plus ou moins directement vers le bas. C'est ainsi qu'une augmentation de la glande en volume et en poids peut et doit contribuer à fatiguer ses attaches.

Il ne faudrait cependant pas exagérer l'importance de cette cause, car nous savons que ces attaches sont solides, et nombreux sont les cas de foies énormes et parfaitement soutenus. Aussi, ne pouvons-nous nous empêcher de trouver par trop étranges, pour ne pas dire plus, les raisons invoquées par Mann (obs. 52), pour expliquer la présence d'un foie prolabé et mobile chez un homme préalablement affecté de scorbut.

Les hémorrhagies périphériques et intramusculaires qu'on avait pu constater pendant cette maladie se sont, dit-il, résorbées. « Les résidus arrivent dans les vaisseaux lymphatiques, de là dans le torrent circulatoire et doivent nécessairement traverser le foie. Faut-il admettre que le foie a retenu les produits résiduels de ces épanchements, la matière colorante du sang, par exemple, et que surtout en raison de la teneur de l'hémoglobine en fer, son poids absolu et son poids spécifique ont augmenté? Faut-il admettre qu'en raison de l'étendue et de la répétition fréquente des hémorrhagies intramus-

culaires la quantité de matière colorante accumulée dans le foie a été assez considérable pour que le foie, devenu plus lourd, soit devenu flottant? »

Et c'est à cette extraordinaire hypothèse que l'auteur se rallie ! Nous renvoyons d'ailleurs à son observation extrêmement complète et fort importante, car elle est une des quelques rares qui aient été suivies d'autopsie. Mann s'est donné beaucoup de mal pour rechercher dans le foie ce fer qui devait le rendre plus lourd. Il en a trouvé 0 gr. 77 pour 100 gr. de tissu hépatique. Le taux normal du fer dans le foie étant, d'après Oidtmann, de 0 gr. 0816 pour 100, il en résulte, en supposant que ce foie, dont il omet de donner le poids, pesât 2 kilogr., un excès de fer qui atteint tout juste le poids de 13 gr. 77. Mann s'en contente, et déclare que c'est à ce fardeau supplémentaire qu'il faut rapporter l'origine de ce foie flottant. Nous nous permettons de le trouver quelque peu insuffisant et de regretter que tant de travail ait été perdu pour arriver à cette conclusion fantastique et vérifiablement puérile.

Certains auteurs incriminent l'étroitesse du thorax au niveau de sa base. Le foie, comprimé latéralement par les arcs costaux trop rapprochés de la ligne médiane, serait repoussé vers le bas, énucléé pour ainsi dire de la concavité du diaphragme. A vrai dire, nous ne croyons guère à l'influence de cette cause. Combien de thorax étroits et rachitiques qui ne s'accompagnent jamais d'hépatoptose ! et d'ailleurs cette prétendue insuffisance du thorax ne se trouve signalée nulle part.

A défaut d'étroitesse de la paroi costale, nombre d'auteurs invoquent celle d'un corset trop serré. Richet ne parle même de la chute du foie que pour l'en accuser : « On a vu chez les femmes le foie refoulé jusque dans la fosse iliaque, ce qui était dû sans doute à la pression exercée par un corset trop serré, pression qui à la longue l'expulse de la place qu'il occupe normalement ».

Vogelsang et d'autres encore lui jettent aussi l'anathème. Cet instrument, s'il a pour lui de rappeler au sens de l'esthétique et à la grâce souveraine de la ligne ondulée bien des poitrines défailantes, a certes assez de méfaits à se reprocher pour qu'on ne vienne pas le charger encore de crimes qu'il n'a pas commis. Hæckel dit quelque part, qu'à voir la façon dont les traités de psychologie parlent de l'âme humaine, on est porté à croire que les psychologues n'ont jamais eu

d'enfants, ou tout au moins qu'ils ne les ont jamais observés. Nous serions, nous, tenté de dire que, à voir les reproches que certains médecins adressent au corset, on est porté à croire, non pas qu'ils n'en ont jamais vu — cela ne se saurait admettre avec les exigences du devoir professionnel — mais qu'ils n'en ont jamais bien observé ni la forme, ni la situation.

Or les corsets de tout genre et de toute mode s'appliquent par leur point le plus rétréci très exactement à la taille, immédiatement au-dessus de la « hanche », c'est-à-dire de la crête iliaque, au-dessous du rebord costal.

La constriction de l'abdomen, lorsque le corset est serré, se fait donc avant tout au-dessous des côtes et par conséquent au-dessous du foie. Il tend donc à soutenir le foie, à le soulever même, et non à l'abaisser. Il ne peut avoir cette dernière influence que lorsque le foie est déjà descendu, et c'est dans ces cas qu'on rencontre sans doute sur sa surface l'empreinte du corset, empreinte qui ne saurait évidemment se transmettre à travers la cuirasse costale. Il est donc très probable que les cas assez nombreux où l'on a signalé une déformation du foie sous l'influence du corset étaient, eux aussi, des cas d'hépatoptose qui ont été mal observés.

D'ailleurs nous ne sommes pas le premier à avoir entrepris, pour ce cas particulier, la réhabilitation du corset. Landau, Curtius l'ont déjà fait et rien n'est plus facile que de se convaincre qu'ils ont eu parfaitement raison.

Dans nombre d'observations, on incrimine encore les efforts répétés, les travaux pénibles, les secousses diverses, qui pourraient devenir la cause déterminante de la chute du foie. L'équitation, en particulier, soumet le foie à de violentes secousses. Il est de fait que dans plusieurs cas, c'est après un effort violent que les premiers phénomènes ont fait leur apparition, quelquefois c'est même simplement après un mouvement brusque comme dans le cas de Garnett (obs. 19) où les divers symptômes ont revêtu un caractère véritablement aigu.

Il nous paraît d'ailleurs que l'effort ne peut avoir sur les ligaments du foie une action quelconque, qu'autant qu'il s'exerce comme effort d'expiration. L'effort simple, celui qui a pour premier résultat l'immobilisation du thorax, et dont le premier temps est un mouvement d'inspiration profonde, ne saurait en aucune manière distendre les ligaments du foie.

Le diaphragme, en effet, descend, appuyant sur la convexité du foie sans agir, par conséquent, sur son appareil suspenseur. Le foie, poussé par le diaphragme, descend aussi et vient à son tour appuyer sur les intestins. La contraction de la paroi abdominale antérieure vient en sens contraire s'opposer à la pression de la masse intestinale, qui résiste, plus ou moins comprimée dans l'intérieur de la cavité abdominale et transmet à son tour une pression équivalente à la face inférieure du foie. Celui-ci, comprimé par en haut, repoussé par en bas, tend donc à s'aplatir, à s'écraser. Mais les ligaments divers qui le soutiennent ne sauraient en aucune façon être distendus. Ils ne peuvent l'être que si l'effort venant à cesser tout à coup une expiration soudaine se produit, qui rompt violemment cette position d'équilibre. Le diaphragme, en se soulevant brusquement, entraîne le foie avec lui, mais en l'attirant par l'intermédiaire de son appareil suspenseur qui se trouve, par conséquent, brusquement distendu. Si ces efforts d'expiration viennent à se répéter très souvent, on comprend qu'à la longue ils puissent véritablement influencer sur la longueur des ligaments.

Or les efforts d'expiration les plus répétés et les plus violents ont lieu à l'occasion de la toux, et c'est ainsi que des vieilles bronchites chroniques pourraient devenir la cause occasionnelle de l'élongation de l'appareil suspenseur du foie, et, par suite, de la chute et de la mobilité de cet organe. Le vomissement, le rire, véritable convulsion du diaphragme, l'éternuement, spasme violent qui le soulève, agiront encore avec plus d'énergie et Landau (obs. 44) n'a trouvé d'autre cause à un des nombreux cas d'hépatoptose qu'il a rapportés, chez une femme qui n'avait pas eu d'enfants, que des éternuements répétés et incessants qui secouaient violemment la malade, atteinte depuis trois ans de l'asthme des foin qui la reprenait à chaque printemps.

Muller invoque l'atrophie du tissu conjonctif qui unit le foie au diaphragme, que cette atrophie soit congénitale ou acquise. « Les ligaments dits suspenseurs, n'ayant, dit-il, de l'avis de tous les anatomistes modernes, aucune importance » et le péritoine pouvant se laisser distendre avec la plus grande facilité, c'est au tissu conjonctif interhépatodiaphragmatique qu'il faut faire jouer le rôle principal, et c'est à son atrophie qu'il faut attribuer la descente du foie. Nous savons ce qu'il faut penser du peu d'importance des ligaments du foie et cette théorie ne nous paraît reposer sur aucune base bien sérieuse.

Landau invoque la diminution brusque de pression intra-abdominale à la suite d'un amaigrissement rapide chez une personne obèse, et il peut y avoir en effet dans ce phénomène une cause qui, dans quelques cas, peut prendre une certaine importance.

Il est enfin une cause locale et mécanique qui semble dominer toute l'étiologie de l'hépatoptose, c'est la grossesse, et surtout la grossesse suivie d'un relâchement considérable de la paroi, d'une éventration plus ou moins prononcée. Neuf fois sur dix, en effet, il s'agit de femmes, et presque toujours de femmes ayant eu des accouchements répétés, quelquefois même fort nombreux. Leur paroi abdominale est amincie et flasque, leur ventre tombe, et Landau n'hésite pas à faire de ce « ventre pendant », incapable de soutenir la masse intestinale, la cause première de l'hépatoptose. C'est donc indirectement que la grossesse agirait sur le foie pour déterminer sa chute. Il semble d'ailleurs évident que le développement de plus en plus grand de l'utérus gravide ne saurait, par sa présence même, faire autre chose que soutenir le foie et le soulever au contraire en soulageant ses ligaments.

Cantani admet cependant que l'utérus gravide, refoulant le foie en arrière, détermine une inflammation chronique des ligaments suspenseurs qui s'allongent.

Cette théorie n'est pas soutenable. Outre qu'on ne voit pas trop pourquoi lesdits ligaments s'enflammeraient chroniquement par le seul effet de la compression due à l'utérus, Curtius fait remarquer avec raison que, si l'on admettait cette inflammation, il en faudrait conclure pour se conformer à tout ce que l'on sait sur l'organisation des tissus soumis à un processus inflammatoire quelconque, qu'elle entraîne à sa suite une rétraction et non un allongement du tissu.

C'est donc par l'intermédiaire de l'éventration que peut seulement se faire sentir l'action de la grossesse. C'est l'opinion de Landau, acceptée par la plupart des auteurs, c'est aussi celle qui, parmi les diverses théories qui jusqu'ici se sont fait jour, nous paraît la meilleure et la mieux étudiée.

Nous pensons cependant que Landau lui a donné une importance beaucoup trop exclusive, et qu'il serait plus exact de dire que, si le « ventre pendant » accompagne souvent l'hépatoptose et la favorise, il est incapable de la déterminer. En d'autres termes, il n'y a point une relation de cause à effet entre la chute du ventre et la chute du

foie, mais ces deux accidents sont sous la dépendance d'une cause plus générale, qui suffit à les produire soit en même temps, soit indépendamment l'un de l'autre. Expliquons-nous.

La paroi abdominale joue certainement un rôle dans la statique intestinale. Résistante et tendue au-devant des intestins, elle les soutient en les comprimant. Par leur intermédiaire elle soutient aussi le foie. Elle le soutient de tout l'effort que les anses intestinales font pour le soulever. Cette action, certainement faible à l'état normal, suffit cependant pour soulager les ligaments, quelquefois même, lorsque la pression des intestins distendus par les gaz est assez forte, pour leur éviter tout travail.

Il est donc évident que, si cet appui vient à faiblir ou à disparaître, les ligaments du foie, ayant à accomplir un effort plus considérable que celui qu'ils font d'ordinaire, se fatigueront davantage et pourront tendre à s'allonger. C'est ainsi que la suppression fonctionnelle de la paroi abdominale pourra être un auxiliaire du relâchement de l'appareil suspenseur. Mais un auxiliaire seulement. Cet appareil est en effet, nous l'avons vu et démontré, très puissant, et lorsqu'il est sain il doit suffire, même privé de l'aide des intestins, à supporter sans faiblir, et pendant de longues années, le poids total du foie. C'est d'ailleurs ce qu'il fait, et parfaitement, chez un très grand nombre de femmes qui, tout en ayant une paroi abdominale complètement inerte, ne présentent cependant aucune trace d'hépatoptose.

D'autre part, parmi les observations d'hépatoptose que nous avons recueillies, il en existe un bon nombre prises chez des malades, hommes ou femmes nullipares, dont la paroi abdominale était parfaitement normale. Ainsi, d'un côté l'éventration existe très souvent sans entraîner à sa suite la chute du foie, et d'autre part, celle-ci peut se rencontrer en dehors de l'éventration.

Qu'en pouvons-nous conclure, sinon que le « ventre pendant » ne joue dans la pathogénie de l'hépatoptose, quoi qu'en dise Landau, qu'un rôle tout à fait accessoire, dont il faut évidemment tenir compte, mais qui enfin n'est qu'accessoire ?

On s'est également fondé sur la coexistence de la chute du foie et de celle du rein pour avancer que l'une était cause de l'autre, mais les uns ont pensé que la néphroptose primitive favorisait l'hépatoptose, en privant le foie du léger soutien que lui fournit le rein, tandis que le plus grand nombre supposent que c'est le foie mobile qui, pressant

sur le rein, le chasse de sa loge. Nous pensons, nous, que ces deux affections sont sœurs l'une de l'autre et naissent ensemble de la même cause.

Enfin nous avons vu que presque toujours, on peut même dire toujours, la chute du foie s'accompagne de celle du paquet intestinal tout entier, à tel point que l'hépatoptose n'est en réalité que le stade ultime de la maladie de Glénard. Est-ce à dire que l'entéroptose soit la cause première de la chute du foie ! Non, et elle n'est encore ici qu'une cause adjuvante, accessoire, occasionnelle. Évidemment l'intestin descendu tire sur le foie, par l'épiploon gastro-hépatique, par le ligament hépato-colique et souvent par les adhérences si communes entre l'angle droit du côlon et la vésicule biliaire ; il tire sur le foie et tend à l'abaisser, comme il tire sur le rein, — si bien que, d'après Glénard, la maladie du rein mobile ne serait qu'une entéroptose primitive de la première anse transverse. Mais, encore une fois, l'entéroptose ne suffit pas à produire la chute et la mobilité du foie, puisque l'entéroptose est une maladie très fréquente, extrêmement fréquente, et que l'hépatoptose, au contraire, est en somme une maladie rare, bien que nous soyons convaincu qu'elle n'est si rare que parce qu'elle passe souvent inaperçue. Elle est en tous cas exceptionnelle en ses degrés extrêmes.

Ainsi, nous venons de le voir, toutes ces causes, que les auteurs ont tour à tour voulu faire exclusives, ne sont en somme qu'accessoires.

Efforts violents d'expiration, secousses répétées, mouvements brusques, grossesse, éventration, chute du rein, entéroptose, s'accroissent, s'entraident, et parviennent en fin de compte à déloger le foie de son siège normal. Mais, isolés ou réunis, tous seraient impuissants à vaincre la résistance de cet appareil suspenseur, trente fois plus fort qu'il ne faut, si une cause plus générale et plus importante, évidente dans ses effets bien que mal connue dans son essence, ne leur venait en aide. Cette cause prédisposante, constitutionnelle, héréditaire, qui vient avec la vie et ne s'en va qu'avec la mort, c'est ce trouble mal défini de la nutrition qui se traduit par une prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre, à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. C'est cette prédisposition qui chez l'homme fait les hernies, chez la femme les vergetures et l'éventration, chez tous deux les varices, le rein mobile, l'entéroptose et la chute du foie.

DU TRAITEMENT
DE L'HÉPATOPTOSE
ET EN PARTICULIER
DE L'ÉPATOPEXIE

Nous n'avons pas l'intention de nous appesantir longuement sur les moyens purement médicaux de combattre l'hépatoptose. Ce n'est pas qu'ils n'aient une importance très réelle, mais nous n'avons guère qualité pour les apprécier et nous désirons d'ailleurs nous placer à un point de vue plus particulièrement chirurgical.

Avant tout, il faudra songer à l'état général des malades et combattre par tous les moyens possibles, et en particulier par l'hydrothérapie, surtout chez les femmes, tous ces phénomènes neurasthéniques qui constituent souvent, à eux seuls, le plus clair de la maladie. On calmera souvent ainsi, surtout en y adjoignant un traitement tonique les douleurs et les troubles de toute sorte dont se plaignent incessamment les malades.

Mais c'est aux moyens mécaniques qu'on s'adressera de préférence, car c'est grâce à eux qu'on apportera le plus grand soulagement aux malades. Très nombreuses sont les observations dans lesquelles il se sont montrés efficaces. Presque toujours ils diminuent les douleurs, les sensations de gêne, de pesanteur, de tiraillement, quelquefois ils les font disparaître.

Ces moyens mécaniques sont de deux ordres : les uns s'adressent à la paroi abdominale et tendent à la renforcer, les autres s'adressent directement au foie lui-même et vont, par des moyens sanglants, tenter de le soutenir en la fixant chirurgicalement à la paroi de l'abdomen.

Parmi les premiers, simples, efficaces, innocents, et qu'on devra,

par conséquent, toujours employer avant de recourir à une opération quelconque, il en est un, recommandé par Curtius et d'autres auteurs, et qui repose sur cette idée théorique mais en grande partie inexacte que nous avons déjà discutée, à savoir que c'est la paroi abdominale qui joue le rôle capital dans la suspension du foie et que, par conséquent, c'est elle encore qui est, par son relâchement excessif, le principal facteur dans la chute de cet organe. En lui restituant sa force, sa résistance et sa tonicité, on remédierait en même temps aux accidents du foie mobile. Dans ce but il faut électriser la paroi pour faire revivre ses muscles, et c'est aux courants interrompus, à la faradisation qu'il faudra s'adresser, comme toujours, lorsqu'il s'agit de réveiller la contractilité musculaire. Nous n'avons rien trouvé à ce sujet dans les diverses observations que nous avons recueillies, mais, à priori, nous ne pensons pas qu'on en puisse retirer un grand bénéfice.

Il n'y a pas que les muscles qui sont atteints et plus ou moins atrophiés dans l'éventration, il y a la peau, il y a les aponévroses qui sont distendues, sans résistance et dont l'électricité ne pourra guère modifier la vitalité. Nous doutons fort, également, que des muscles aussi amincis, aussi atrophiés, aussi dégénérés que ceux qui subsistent dans une paroi abdominale éventrée, puissent tirer grand bénéfice de l'électrisation même la mieux conduite.

Nous ne citerons donc ce procédé de traitement que pour mémoire et à titre d'adjuvant aux autres méthodes de renforcement de la paroi abdominale. Celles-ci peuvent se résumer en une seule : le port d'une ceinture bien faite.

Nous n'entreprendrons pas de décrire tous les appareils que l'on a faits et que l'on peut faire dans ce but. Ce travail fastidieux ne servirait à rien, car les ceintures varient avec les bandagistes, les chirurgiens et les malades. Disons seulement que les unes, en tissu plus ou moins élastique, ne font que doubler la paroi abdominale qu'elles remplacent, sans exercer aucune pression sur les viscères profonds, tandis que les autres sont garnies de pelotes plus ou moins épaisses, plus ou moins saillantes et peuvent par conséquent, dans une certaine mesure, contribuer à soutenir les viscères qui tendent à descendre.

Notre expérience est nulle sur ce point et on ne saurait tirer grand éclaircissement de la lecture des observations, mais il nous semble que les appareils de la première catégorie, ceux qui ne font que remplacer une paroi fonctionnellement disparue, ne peuvent servir à

grand'chose, et ne s'opposeront jamais que dans une très faible mesure à la chute du foie, comme à celle des autres viscères. Il est cependant possible que, dans des cas exceptionnels, lorsque le ventre, véritablement pendant, retombe sur les cuisses, une ceinture de ce genre, bien faite et solidement maintenue, puisse rendre les plus grands services.

Les ceintures à pelotes saillantes, plus ou moins calquées sur celles que Glénard recommande pour le traitement de l'entéroptose, doivent être plus efficaces, parce qu'elles possèdent toutes les propriétés d'une ceinture simple et, comme telles, peuvent remplacer la paroi, et parce que, en outre, par les pelotes qui leur sont fixées, elles peuvent faire, dans la cavité abdominale, une saillie assez prononcée pour s'opposer au déplacement de certains viscères. Elles ont d'ailleurs une incontestable influence dans le traitement de l'entéroptose simple, et peuvent, de ce chef, singulièrement améliorer les phénomènes douloureux de la chute du foie, qui, nous l'avons vu, sont très fréquemment imputables, selon toutes probabilités, à l'entéroptose concomitante.

Tous ces moyens orthopédiques sont évidemment fort utiles. A lire les observations, on pourrait d'ailleurs s'en convaincre, et elles sont nombreuses où l'on trouve noté un grand soulagement après leur application. A défaut d'appareils orthopédiques plus ou moins habilement fabriqués, on se trouvera fort bien d'employer des ceintures en flanelle avec tampon mobile, solidement fixées par des bretelles et des sous-cuisses, et qui, tout en étant infiniment plus simples comme fabrication et plus abordables comme prix, sont souvent mieux tolérées, et par conséquent plus efficaces.

C'est à ces divers moyens mécaniques, au dernier surtout, le port d'une bonne ceinture, qu'il faudra s'adresser tout d'abord, qu'il faudra même s'adresser toujours. On ne sait pas toujours, en définitive, on ne sait même presque jamais, si les douleurs variées dont souffrent les malades, quelle que soit leur origine première, tiraillement des plexus ou névropathie générale, ne sont pas imputables à l'entéroptose ou au rein mobile, dont l'une au moins, souvent les deux, sont presque toujours associés à l'hépatoptose, tout aussi bien qu'à cette dernière affection. Or, comme s'il y a néphroptose on ne saurait commencer par la néphropexie sans avoir tenté autre chose, comme, dans l'entéroptose, nous ne pensons pas qu'on puisse songer à suspendre

les intestins, gros et grêle, en les faisant adhérer à la paroi abdominale, comme, d'autre part, cette affection se trouve largement soulagée par le port d'une ceinture, il est évident qu'il faudra toujours commencer par employer ce moyen, et pendant un temps suffisant pour en constater les bons effets ou pour s'assurer de leur absence.

Mais nos moyens d'action ne s'arrêtent pas là, et depuis quelque temps la chirurgie n'a pas craint d'employer des méthodes de traitement plus vigoureuses. Une seule fois elle s'est adressée aux moyens héroïques, et Langenbuch, en 1887, a pratiqué la résection du foie. Il est vrai qu'il ne s'agissait ici que d'un lobe pédiculé et mobile, dont le diagnostic ne put être fait que le ventre déjà ouvert, au cours d'une laparotomie exploratrice.

La malade a guéri, non sans avoir failli mourir à la suite d'une hémorrhagie qui ne fut arrêtée qu'à grand'peine et après réouverture du ventre.

Malgré toutes les raisons anatomiques, dont quelques-unes nous paraissent quelque peu spécieuses, que donne Langenbuch pour justifier cette intervention, nous pensons qu'elle doit être condamnée. Cette opération est, en effet, uniquement applicable au cas d'un simple lobe flottant, plus ou moins pédiculé. Or, quand ce lobe seul est mobile, et le foie bien suspendu, solidement maintenu à sa place normale, il ne saurait provoquer par lui-même aucun phénomène bien douloureux, et, si le lobe appartient à un foie mobile dans sa totalité, ce n'est pas l'ablation de ce lobe seul qui pourra changer grand'chose à une situation à laquelle la seule exérèse que l'on pourrait logiquement opposer serait une opération pratiquement impossible et physiologiquement absurde, l'hépatectomie totale.

Donc, l'utilité de la résection d'un lobe hépatique flottant n'étant rien moins que démontrée, nous ne pensons pas qu'il soit permis, pour un bénéfice problématique, d'exposer la malade aux risques certains d'une opération toujours grave. Car elle est toujours grave, non pas à cause des risques véritablement minimes de l'ouverture du ventre et d'une infection péritonéale qui doit aujourd'hui être exceptionnelle, mais à cause des dangers menaçants d'une hémorrhagie parfois inévitable dans un tissu comme celui du foie. Nous savons bien qu'on hésite moins maintenant à porter le fer dans le parenchyme hépatique, surtout au cours de l'incision des kystes. Nous savons

aussi qu'on a enlevé par la ligature élastique une notable portion du foie (1). Mais nous n'en affirmons pas moins que l'exérèse directe d'un lobe de ce viscère, même en supposant son pédicule étroit, est une opération au cours de laquelle on court de gros risques d'hémorrhagie, soit pendant, soit après, une fois le ventre refermé. Nous n'en voulons pour preuve que l'unique cas de Langenbuch. On pourrait, il est vrai, insinuer le lobe flottant entre les lèvres de la plaie et l'y fixer de façon à avoir, après section, la tranche saignante du foie sous les yeux et à pouvoir, par des ligatures et une compression bien faite, arrêter toute hémorrhagie. Mais ce serait là une bien grosse complication opératoire, surtout avec l'extrême friabilité du tissu hépatique, et nous ne pensons pas qu'il soit utile d'essayer d'un tel procédé.

Mieux vaut donc s'abstenir de cette intervention hasardeuse, elle n'est, en effet, possible que lorsqu'on se trouve en présence d'un lobe pédiculé et flottant, et dans ce cas, s'il n'y a pas d'autre lésion, si le foie tout entier n'est pas mobile, ce qui suffirait à poser une contre-indication formelle, les troubles ne peuvent être assez intenses pour la légitimer.

Nous reproduisons cependant ici cette très intéressante observation de Langenbuch, parce qu'elle est, en l'espèce, fort importante, tout en donnant très franchement le conseil de ne point imiter, même la laparotomie exploratrice une fois faite, cette prouesse chirurgicale (2) :

En novembre 1886, une femme de 30 ans entre à l'hôpital pour un érysipèle. L'exanthème fut assez grave et toute la surface du corps fut touchée. Pendant des semaines la malade fut dans un état assez sérieux, puis la guérison vint peu à peu. Quand, pendant la visite, je félicitai la malade de sa guérison, lui faisant entrevoir son prochain retour chez elle, la malade me répondit qu'il lui faudrait probablement rester plus longtemps, car la vie n'aurait pour elle aucun charme, si on ne la guérissait pas radicalement de la tumeur très douloureuse qu'elle avait dans le ventre. Depuis huit ans elle souffrait beaucoup et avait pour ainsi dire toujours des douleurs dans le ventre, qu'elle fût debout ou couchée, mais surtout couchée. Ce qui lui allait le mieux, c'est d'être couchée sur le ventre, car alors la

(1) TERRILLON. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1890, XVI, 835-852.

(2) LANGENBUCH. *Med. chir. Centralblatt*. La première résection du foie. Vienne, 1888, XVIII, p. 231.

pression douloureuse diminuait beaucoup. Au contraire, dans le décubitus dorsal, elle ressentait en plus de ces douleurs perpétuelles, des palpitations, des bouffées de chaleur dans la tête et les jambes, et était prise d'une angoisse terrible ; son estomac aussi, était en très mauvais état. Tout cela, d'après la malade, était dû à la tumeur, qu'il fallait enlever à tout prix.

L'examen révéla effectivement la présence, dans la partie supérieure de la cavité abdominale, d'une tumeur à peine visible extérieurement, grosse comme le poing, s'étendant exactement, sur la ligne médiane de l'épigastre, de l'appendice xiphoïde à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, et des deux côtés symétriquement, sur une largeur d'environ 4 travers de doigt. La tumeur était complètement lisse au toucher ; son bord inférieur était épaissi, arrondi et lisse, et bien qu'elle parût fixée à son extrémité supérieure, elle était mobile dans une certaine mesure. Son tissu paraissait assez compact, uniformément élastique, nullement fluctuant. A la percussion on trouva au milieu de la tumeur une matité absolue, qui, cependant, vers le bas et les bords latéraux, se transformait immédiatement en son intestinal. En haut, la matité de la tumeur se continuait avec celle du foie. La tumeur s'abaissait et s'élevait alternativement par suite des mouvements respiratoires.

Inutile de recourir à tout l'arsenal du diagnostic différentiel des tumeurs abdominales ; dans ce cas, en raison de la situation et en s'abstenant d'hypothèses invraisemblables, comme celle d'une tumeur volumineuse, compacte, lisse et mobile de l'épiploon ou du pancréas, ou d'un kyste du pancréas, il ne pouvait être question que d'un kyste hydatique du foie ; peut-être aussi d'un lobe hépatique pédiculé. Mais des tumeurs de ce genre se trouvent surtout dans la moitié droite de la cavité abdominale et y sont faciles à reconnaître. Comme l'étendue de la matité était trop petite je n'osai pas pratiquer une ponction exploratrice et me décidai, pour confirmer le diagnostic, à faire une incision exploratrice qui fut étudiée de manière à permettre l'extirpation éventuelle de la tumeur. On procéda le 13 janvier 1887 à cette incision exploratrice, et que vîmes-nous ? Quelque chose de très rare : un gros lobe hépatique pédiculé, s'insérant uniquement sur la partie du foie située à gauche de la vésicule biliaire.

Généralement c'est le lobe droit du foie qu'on voit atteint de lobulation, et ce n'est que de temps en temps qu'on voit la moitié gauche présenter cette déformation. C'est pour cela que le tableau symptomatique des accidents provoqués par un lobe hépatique pédiculé, est si peu chargé ; et on conçoit qu'il doit en être ainsi, si l'on se représente les conditions mécaniques dans lesquelles agit la forme ordinaire de foie lobulé. Il est clair, sans qu'il soit nécessaire d'insister, que s'il existe du côté droit un lobe hépatique pédiculé, et que ce lobe soit soumis à l'action de son propre poids ou de la pression abdominale, il ne pourra jamais provoquer de phénomènes douloureux intenses, puisque, d'une part, aucun organe d'une

sensibilité particulière n'est placé au-dessous de lui, et que, d'autre part, la concavité de la paroi abdominale latérale s'oppose à toute pression venant d'en bas ou de la région postérieure. Mais dans notre cas les conditions étaient absolument inverses. Surtout dans le décubitus dorsal, la région pylorique de l'estomac, les parties correspondantes du duodénum, les anses intestinales de l'intestin grêle, un peu du côlon transverse, le pancréas, l'aorte avec beaucoup d'autres gros vaisseaux artériels ou veineux, les gros troncs nerveux et les plexus ganglionnaires étaient exposés à la pression du lobe, pression qui s'exerçait d'avant en arrière, d'autant mieux que la convexité de la colonne vertébrale lui opposait une résistance rigide.

Une condition contribuant encore à augmenter la pression était que le lobe, rendu très dur par l'induration hyperplasique due à la stase sanguine, était par-dessus le marché très mobile, mais uniquement dans le plan passant par la colonne vertébrale et le sternum, parce qu'il était suspendu, à la manière du couvercle d'une boîte ou d'un pupitre, à un mince tractus linéaire de tissu conjonctif.

Ces conditions anatomiques, jointes au tableau clinique du cas en question, montrent qu'un lobe hépatique pédiculé gauche, à l'inverse d'un droit, doit toujours être plus ou moins désagréable au malade, et il est clair qu'ici les bandages employés pour soutenir les autres organes ne peuvent nous être d'aucun secours ; car toute pression exercée par le bandage ne fait qu'augmenter celle qui existe déjà à ce niveau. Ainsi, le cas n'est pas seulement embarrassant à cause du poids seul de la tumeur, qui a dû augmenter en raison des transformations hyperplasiques dont elle est le siège, mais aussi à cause de son mode de suspension éminemment mobile. Si la tumeur se présentait sous forme d'un corps rigide, largement implanté sur le foie à la façon d'un kyste hydatique, les douleurs seraient bien moindres et d'une tout autre nature.

Ayant fait ces réflexions en présence de l'état de choses révélé par l'incision exploratrice, je me décidai à enlever ce lobe hépatique, bien plus désagréable qu'utile au point de vue physiologique. En effet, la malade ne pouvait retirer aucun avantage de l'hépatopexie de son lobe pédiculé, à l'inverse de ce qui a lieu pour les lobules hépatiques pédiculés du côté droit, dont Hacker, de Vienne, a opéré avec succès un cas il y a un an. Il ne s'agissait pas de compenser l'hétérotopie d'un organe, comme par exemple pour le rein flottant, mais de faire disparaître une déformation partielle d'un viscère, déformation dont l'action mécanique produisait des troubles locaux. En conséquence, je considérai la résection du lobule hépatique comme justifiée et indiquée, et je la pratiquai en divisant le pont ligamenteux en plusieurs pédicules que je ligaturai, puis sectionnant ces pédicules en laissant un bout assez long au-dessous de la ligature. L'hémostase paraissait parfaite et le ventre fut refermé. Mais vers le soir apparurent les signes inquiétants d'une hémorrhagie interne. Le ventre de la malade, tombée en syncope, dut être rouvert et dans toutes ses parties on

le trouva plein de sang. Ce sang ayant été enlevé avec des éponges, et le vaisseau sanguin, qui coulait encore faiblement, ligaturé, on put refermer la cavité abdominale, et la guérison de l'incision abdominale eut lieu sans encombre. Il y eut bien un peu d'ascite, et j'ignore d'ailleurs quelle part revient dans cette ascite à la grande faiblesse cardiaque de la malade (consécutivement à l'érysipèle prolongé et à l'hémorrhagie intense), ou bien à la diminution de l'étendue du réseau sanguin du foie, puisque les autres parties du corps n'étaient pas complètement exemptes de gonflement œdémateux. Après deux ponctions, l'ascite disparut et la malade put enfin quitter l'hôpital, complètement guérie de ses douleurs au ventre.

C'est bien la première fois qu'on enlève au bistouri un morceau important du foie humain (370 grammes). Ceci montre que dans les cas rares où les lobes hépatiques pédiculés donnent lieu à de vives douleurs, on peut, à défaut d'autre procédé, en pratiquer avec succès la résection.

Le 21 mars 1884, Billroth, pratiquait la première hépatopexie et fixait à la paroi abdominale par un point de suture, un lobe du foie qu'il n'avait, il est vrai, reconnu qu'après ouverture du ventre. Ce n'est pas là, en réalité, une hépatopexie véritable, puisqu'il s'agissait non pas d'un foie mobile, mais d'un simple lobe pédiculé et plus ou moins flottant.

On ne saurait en effet comparer une opération qui a pour but de soulever et de retenir un foie entier, que son appareil suspenseur relâché laisse tomber plus ou moins bas, à celle qui se borne à immobiliser en la fixant à la paroi une partie flottante d'un foie par lui-même immobile. Dans le second cas, évidemment, le lobule pédiculé tient déjà naturellement, et l'effort qu'il exerce sur la masse du foie est en réalité minime. Seuls ses mouvements latéraux sont gênants et c'est à eux seuls qu'il faut porter remède. Les plus légères adhérences y doivent suffire. Il n'en est pas de même, évidemment, de la chute totale du foie qui, elle, ne saurait céder qu'à des adhérences beaucoup plus solides et beaucoup plus puissantes. Il n'en est pas moins vrai que cette fixation partielle du foie contient en germe l'idée de sa fixation totale, qu'il n'y a entre ces deux opérations qu'une différence de degré et que si la seconde est beaucoup plus incertaine, quant à son efficacité définitive, elles sont, en somme, toutes deux parfaitement rationnelles.

L'hépatopexie partielle, la fixation d'un lobe flottant, paraît, en vérité, peu grave, aussi innocente tout au moins que la plupart des

laparotomies. Le passage d'une aiguille et d'un ou deux fils à travers le tissu hépatique ne saurait être bien dangereux, et nous ne pensons pas qu'il y ait à redouter ici ces risques d'hémorrhagie qui nous ont fait proscrire la résection partielle du foie, dans des cas d'une aussi faible gravité.

Si l'on prend quelques précautions au moment de serrer les fils fixateurs, comme il n'y a, dans ce cas, aucun poids à soutenir, le tissu n'aura aucune tendance à se déchirer, car quelque friable que soit relativement le tissu hépatique, sa résistance est cependant encore fort appréciable.

Vingt-huit mois après, le 9 juillet 1886, Tscherning, de Copenhague, pratiquait une opération identique à celle de Billroth, publiée par Ritter von Hacker. Même disposition pédiculée d'un lobe errant du foie, même laparotomie, exploratrice après erreur de diagnostic, même incision, même suture, plus solide il est vrai, faite par quatre fils, et complétée ensuite par un tamponnement dans la plaie, à l'aide de gaze iodoformée; enfin même guérison sans accident d'aucune sorte digne d'être noté. Ces deux opérations presque superposables, simples, et, au dire des chirurgiens qui les rapportent, efficaces, montrent bien qu'elles sont parfaitement justifiées par leur simplicité et leur efficacité mêmes, nous serions presque tenté de dire par leur bénignité. Car, réellement elles ne nous semblent pas plus graves qu'une simple laparotomie exploratrice qui, jusqu'ici, a été et qui sera bien souvent encore le premier temps de l'opération. Mais en réalité, elles ne sont justifiées qu'autant qu'elles font suite à une laparotomie exploratrice.

En effet, nous ne pensons pas qu'en règle générale, et le diagnostic de lobe du foie flottant une fois posé, on soit autorisé à ouvrir le ventre pour aller le fixer à la paroi. Les symptômes de cette maladie, si on peut l'appeler une maladie quand elle n'est pas compliquée d'une lésion plus grave, sont en effet évidemment trop bénins pour légitimer une intervention de ce genre, car il nous semble bien difficile de rapporter certains cas exceptionnellement douloureux à la seule mobilité d'un lobe fixé d'ailleurs à la masse du foie. Mais lorsqu'en présence d'un diagnostic indécis et nécessaire, on s'est décidé à pratiquer la laparotomie exploratrice, universellement considérée aujourd'hui comme légitime, au moins dans bien des cas; si l'on rencontre un lobe

pédiculé et flottant, on peut, on doit même le fixer à la paroi par quelques points de suture, car on peut ainsi améliorer la situation sans courir, du fait de passage de quelques fils dans le tissu du foie, aucun danger sérieux.

Nous donnons ci-après la traduction intégrale des deux observations dont nous venons de parler. Il est facile, à leur lecture, de se rendre un compte exact de la façon dont ces opérations ont été conduites. Elles sont d'une extrême facilité et les raisons que donne Tscherning pour préférer la fixation du lobe à son extirpation sont trop pleines de sens pour que nous songions à y ajouter quelque chose. D'ailleurs tout ce que nous pourrions dire, au point de vue de la technique opératoire, ne serait que la répétition de ce que nous dirons un peu plus loin au sujet de l'hépatopexie proprement dite, celle qui a pour but de suspendre le foie tout entier.

Voici ces deux observations :

RITTER VON HACKER. Fixation opératoire d'un lobe hépatique pédiculé et mobile. *Wien med. Wochenschrift*, 1886, nos 14 et 15.

Le 21 mars 1884, croyant opérer une tumeur néoplasique du rein, de l'intestin ou des glandes rétro-péritonéales, on pratiqua une laparotomie qui montra qu'il s'agissait d'un lobe hépatique mobile et pédiculé. D'après ce que l'on sait sur l'intensité des symptômes que cause la compression d'un rein déplacé, il n'était pas invraisemblable d'attribuer aux mouvements et aux tiraillements de ce lobe hépatique, les sensations douloureuses très vives qu'éprouvait la malade. Aussi M. Billroth tenta de fixer cette partie du foie au moyen d'une suture traversant la paroi abdominale. Comme cette opération, qu'on faisait pour la première fois sur l'homme vivant, fut suivie d'un plein succès, je me propose de donner une description minutieuse du cas auquel on l'a appliquée ; et par là je répondrai aux nombreuses questions qui sont parvenues à M. Billroth de la part des médecins américains et anglais qui assistaient à l'opération.

Commémoratifs. — La malade se nomme Anna H... Elle a 36 ans ; elle est mariée. Pas d'antécédents maladifs dans sa famille. Elle a accouché trois fois ; la dernière fois il y a cinq ans. Depuis cette époque, elle a un léger prolapsus de la matrice. Ses règles ont commencé à apparaître à 19 ans ; elles ont toujours été régulières ; les dernières remontent à 15 jours. Depuis un an, époque jusqu'à laquelle sa santé a été parfaite, elle souffre souvent de vomissements et de fièvre sans cause connue. Il y a cinq mois elle a remarqué dans la région abdominale droite supérieure, une tumeur du volume d'une pomme ; à en croire la malade, cette tumeur a un peu

grossi depuis cette époque. Pendant ce temps, la malade a eu 8 ou 10 accès de fièvre intense, accompagnés d'abattement, accès qui la forçaient chaque fois à garder le lit pendant un ou deux jours. En même temps les vomissements, accompagnés de douleurs gastriques, sont revenus plusieurs fois. Elle se plaint de douleurs lancinantes qui s'irradient du dos vers le sternum et de la région sacrée vers les cuisses, et l'empêchent de travailler et de monter les escaliers. En même temps elle a beaucoup maigri. Dans ces derniers temps, elle se sent très fatiguée et a souvent des vellétés de défaillance, accompagnées de tremblement intense des mains et des pieds. Bien qu'elle ait perpétuellement faim, son appétit cesse dès qu'elle commence à manger.

État actuel. — La malade, de taille moyenne, assez amaigrie, paraît bien constituée. Rien d'anormal du côté des viscères thoraciques. L'urine est claire, acide; elle ne contient pas d'albumine. Circonférence du ventre à l'ombilic, 81 cent.; distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 14 cent.; de l'ombilic à la symphyse, 18 cent.; de l'épine iliaque droite à l'ombilic, 20 cent.; de l'épine iliaque gauche à l'ombilic, 20 cent. Le bas-ventre n'est pas sensiblement dilaté; il n'y a pas de chute de l'abdomen. La matité du foie atteint en général le rebord des fausses côtes; mais sur la ligne mamillaire droite, elle atteint presque la crête iliaque. Sur la ligne médiane et le côté gauche de l'abdomen, le son est tympanique. Quand on palpe l'abdomen, on sent dans la région abdominale droite supérieure, en un point correspondant à la matité, une tumeur un peu plus grosse que le poing, dure, un peu ballottante, qui présente de légers mouvements correspondant à la respiration de la malade. Cette tumeur peut être refoulée en arrière vers le rein, où l'autre main sent nettement le choc qu'elle produit. On peut aussi la refouler latéralement vers le foie. La tumeur a une consistance assez compacte, une surface inégale, bosselée. La rate n'est pas hypertrophiée.

Les médecins, eux aussi, s'étant prononcés pour l'existence d'une tumeur néoplasique, on pratiqua la laparotomie. Incision cutanée oblique, de 13 centim. de long, suivant une ligne allant de l'appendice xiphoïde à la crête iliaque, partant du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, du côté droit, et se prolongeant obliquement vers le bas. Après l'ouverture de la cavité abdominale, apparut une tumeur irrégulièrement lobulée, bosselée, de couleur rouge brunâtre. La main introduite dans la cavité abdominale ne parvient pas à faire sortir la tumeur; un examen plus attentif montra qu'elle tenait au foie par l'intermédiaire d'un tractus de substance, large de 3 à 4 travers de doigt et d'aspect calleux. Il était clair qu'il s'agissait d'un lobe hépatique pédiculé, dû soit à des vêtements trop serrés, soit à une affection syphilitique du foie. La recherche des commémoratifs, faite dans cette dernière hypothèse, et l'examen attentif de la malade, ne la confirmaient nullement. Un traitement à l'iodure de potassium, suivi avant l'opération, n'avait donné aucun résultat.

Pour fixer cette portion du foie et l'empêcher de basculer vers le haut, on enfonce sur la face antérieure de la tumeur, près du pédicule, dans le tissu cicatriciel calleux, à l'aide d'une aiguille courbe, un solide fil de suture jusqu'à une certaine profondeur ; puis les 2 extrémités du fil sont, à l'aide d'aiguilles, passées à travers la paroi abdominale, et les bouts en sont noués à de petits tampons de gaze iodoformée ; le péritoine pariétal et le péritoine recouvrant le lobe hépatique se trouvent alors en contact intime. L'incision abdominale est fermée à l'aide de sutures musculaires profondes et d'une suture cutanée ; on place un drain entre la peau et le fascia. Pansement à la gaze iodoformée.

Cette intervention opératoire fut bien supportée ; dans les premiers jours, il y eut bien des températures fébriles de 38°,5 et même 39. L'abdomen était un peu sensible à l'endroit de la suture. En présence de ces phénomènes, joints à un léger ictère, on enleva le fil passant dans le lobe hépatique au 4^e jour. L'état général devint tout à fait satisfaisant. L'incision se cicatrisa immédiatement, sauf à la place du drain, où une suture se détacha ultérieurement.

Quatre semaines après l'opération, la malade, munie d'un bandage de corps, quitta l'hôpital. A l'endroit où on avait pratiqué l'hépatopexie, on ne pouvait pas faire glisser la paroi abdominale sur le foie.

Les douleurs lancinantes s'irradient à partir du dos, les douleurs gastriques et les vomissements ne reparurent pas quand la malade reprit son travail quotidien. L'appétit étant revenu, la nutrition se fait bien. Les vertiges de syncope, les tremblements de la main et des pieds sont devenus plus rares pour cesser tout à fait. Comme on n'avait rien fait pour faire disparaître le léger prolapsus de la matrice, il est permis de considérer l'amélioration survenue comme un effet de l'opération.

TSCHERNING. Fixation par laparotomie d'un lobe pédiculé et mobile du foie. *Central. f. chirurg.* Leipzig, 1888, XV, p. 426.

M^{me} S..., 36 ans, mariée depuis 10 ans, arriva le 27 juin 1886 dans la division que je dirigeais en l'absence du professeur Studsgaard ; elle se plaignait de douleurs partant d'une tumeur située dans le bas-ventre.

La malade est réglée depuis sa 13^e année régulièrement, mais peu abondamment. Elle n'a jamais été enceinte et n'a pas eu la syphilis. A 17 ans, elle a été atteinte d'une jaunisse qui s'est renouvelée plus tard. A 25 ans, elle a eu une fièvre rhumatismale, sans autres suites. Pas d'autres antécédents maladifs.

Depuis 5 ans, elle souffre d'une tumeur dans la région abdominale droite ; cette tumeur a grossi peu à peu et a provoqué des douleurs dont la fréquence et l'intensité ont été très grandes dans les 2 dernières années ; ces douleurs constituent de véritables accès, durant 2 à 3 jours, avec des pauses relatives d'environ 8 jours ; elles ne cessent jamais complètement.

La malade doit garder le lit pendant des jours et des semaines et est incapable d'accomplir son travail quotidien à la maison. Les douleurs qu'elle éprouve partent de la tumeur et s'irradient vers le dos et les flancs. Elles diminuent par le repos, augmentent à la suite des mouvements et sont indépendantes des règles. La miction est un peu plus abondante pendant les accès, mais on n'a jamais observé de dysurie à proprement parler et l'urine n'a jamais contenu de calculs ni de sang. Les selles sont un peu paresseuses, mais normales. Depuis 16 mois, la malade est entrée dans trois hôpitaux différents; chaque fois, son état s'est un peu amélioré, puis est revenu au même point et la malade déclare qu'elle fera tout ce qu'on voudra pour arriver à une amélioration durable.

L'examen physique (pratiqué avec l'aide du chloroforme), donne les résultats suivants :

Femme petite, mince; pannicule peu développé; peau modérément pigmentée, non ictérique. La tête, les viscères thoraciques, les extrémités ne présentent rien d'anormal. Dans le bas-ventre, on sent une tumeur qui s'étend de la région lombaire droite en avant, un peu en dedans de la ligne mamillaire, et de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite jusqu'aux arcs costaux, où elle se prolonge sous le diaphragme, sans que la palpation établisse nettement de liaison entre elle et le diaphragme; l'existence de cette liaison était d'ailleurs très vraisemblable, car la matité de la tumeur se continuait directement avec la matité du foie. Cette dernière s'étendait vers le haut, sur la ligne mamillaire, jusqu'au 4^e espace intercostal droit. Le lobe droit était modérément hypertrophié. A part cela, la tumeur présentait une surface lisse, non unie, une consistance solide sans pulsations, frémissement ou bruit de frottement. Une ponction exploratrice, pratiquée dans le Friedrichs-Hospital, n'ayant rien donné, je ne la renouvelai pas. En avant de la tumeur on ne put pas constater la présence d'anses intestinales. Cette tumeur était mobile latéralement jusqu'à la ligne médiane et on pouvait la refouler de la région lombaire en avant. On pouvait exclure l'idée de toute liaison avec les viscères pelviens, complètement normaux d'ailleurs. Légère sensibilité à la pression. Urine normale. Pas de fièvre.

Le diagnostic ne pouvait donc être qu'assez incertain. Le plus probable était celui d'une tumeur hépatique, peut-être d'un lobe hépatique pédiculé. Néanmoins, on pouvait penser à une tumeur rénale, ou à un lymphadénome, tandis qu'une tumeur intestinale ou épiploïque était très peu probable. En tout cas, il me paraissait évident que les symptômes maladifs dépendaient de la traction causée par la mobilité de la tumeur, et l'indication opératoire paraissait être une extirpation ou la fixation de la tumeur en un point dont la situation était, dans une certaine mesure, indifférente.

Le 9 juillet, on pratiqua l'opération suivante : Incision de la 12^e côte jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. L'opération fut d'abord extrapéritonéale et il fut établi que le rein était sain et à sa place normale,

et que la tumeur en question était intrapéritonéale. Puis j'incisai le péritoine. Une anse intestinale qui tendait à faire hernie au dehors fut refoulée dans le ventre et quelques manœuvres amenèrent la tumeur dans le champ opératoire, sans trop de difficultés. Cette tumeur était solide, gris blanchâtre, couverte d'un revêtement fibreux ; j'y pratiquai une incision exploratrice, profonde d'un centimètre et demi, qui me montra du tissu hépatique avec des modifications interstitielles. Des sutures profondes parvinrent à tarir l'hémorrhagie provoquée par cette incision exploratrice. L'exploration de la cavité abdominale établit en outre que la tumeur était un lobe supplémentaire du foie, relié au lobe droit par un large pédicule.

Je me décidai à ne pas exposer la malade aux dangers d'une extirpation et procédai à la fixation, qui fut opérée à l'aide d'une couple de sutures pénétrant profondément dans le tissu hépatique et dans la paroi abdominale latérale. Pour obtenir une adhérence plus large, l'incision péritonéale fut remplie de tampons à la Mikulicz. La partie postérieure et extrapéritonéale de l'incision fut suturée.

Dans les premiers jours il y eut d'abord une légère élévation de température (peu au-dessus de 39), puis de l'ictère et de l'albuminurie.

A partir du 4^e jour, la température ne dépassait pas 38°. Après 4 semaines la malade put se lever; la plaie était superficiellement granuleuse; 2 semaines plus tard, elle quitta l'hôpital avec une plaie guérie et un bandage hypogastrique. Je l'ai revue au mois de février de cette année. Depuis l'opération ses anciens accès ne sont pas revenus. Elle éprouve des tiraillements légèrement douloureux dans le ventre, mais supporte bien la marche, s'occupe de son ménage et n'a besoin que de quelques heures de repos de temps en temps, quand les douleurs s'installent. On sent la tumeur à peu près comme auparavant, mais elle est moins mobile. Madame S..., déclare que si ses anciennes douleurs revenaient, elle s'exposerait volontiers aux risques d'une nouvelle opération.

Comme on le voit, ce cas est absolument analogue à celui de Hacker. Ce qui me dissuada de faire l'extirpation, ce fut la conviction acquise par de nombreuses nécropsies, que le tissu intermédiaire au foie et au lobe pédiculé peut contenir des canaux vasculaires importants, même dans les cas, rares d'ailleurs, où toute trace de tissu hépatique a presque disparu. L'hémorrhagie, la cholérhagie, et dans le cas de suppuration, l'absorption de substances pyogènes, tels étaient les dangers que je redoutais. Je sais bien qu'on a pu pratiquer l'extirpation soit opératoire, soit expérimentale de portions importantes du foie (Hacker). Récemment, Langenbuch a enlevé un lobe gauche du foie pédiculé. Mais, précisément dans ce cas, se produisit l'hémorrhagie redoutée par Hacker et par moi. Et quoique Langenbuch soit parvenu à conjurer le danger par une intervention énergique et faite à propos, on ne doit pas oublier que, dans des circonstances critiques comme celles de Langenbuch, le succès est difficile; et d'ailleurs le lobe gauche est plus commode à atteindre dans de telles manipulations que le droit.

Je considère donc que l'hépatorrhaphie exécutée par Hacker et par moi est indiquée dans certains cas et est moins dangereuse que l'extirpation, d'ailleurs plus satisfaisante pour l'esprit.

En ce qui concerne la place de l'incision, elle doit être appropriée aux cas qui se présentent et c'est surtout sur la situation de la tumeur qu'il faudra se régler. Je crois que dans mon cas j'aurais choisi l'incision postérieure, même si j'avais eu connaissance du cas de Hacker.

Il faut bien convenir qu'une laparotomie antérieure oblique est plus commode pour l'extirpation. Pour la fixation, et là où les circonstances le permettent, je donnerais la préférence à l'incision lombo-abdominale.

L'hépatopexie véritable, l'hépatopexie totale, celle qui a pour but de porter remède à la chute du foie tout entier, n'a été jusqu'ici pratiquée qu'une fois, le 28 mars 1891, par notre maître et ami, M. Gérard Marchant.

Voici cette observation unique et par conséquent précieuse, qu'il a bien voulu nous communiquer :

Ros. Jos., 37 ans. Entrée le 25 février 1891, hôpital Laënnec.

La malade n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 4 ans. Elle était rachitique et présentait des déformations osseuses très marquées, surtout du côté droit. Elle a remarqué aussi que ce côté a toujours été plus faible que l'autre, bien que les déformations aient presque complètement disparu dans le cours de la puberté.

Elle a été réglée à 16 ans, n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfant. C'est à partir de 31 ans que sa santé, jusque-là parfaite, commence à se troubler. Elle éprouvait des douleurs aiguës survenant par accès et siégeant au niveau de l'hypochondre gauche avec irradiation dans le côté droit. Elle est entrée à l'hôpital d'Albertville (Savoie), où l'on a constaté, à la limite de l'hypochondre gauche et de l'épigastre, une tumeur intra-abdominale de la grosseur d'une orange que l'on diagnostiqua « kyste hydatique ».

Ce diagnostic fut vérifié par la ponction qui donna lieu à l'issue d'un liquide transparent et incolore. Le liquide se reproduisit et, après cinq ponctions, on pratiqua l'ouverture du kyste par la méthode de Récamier. La malade porte encore sur l'abdomen la cicatrice consécutive à cette opération. A partir de ce moment, la malade eut quatre années de santé parfaite. Mais, il y a deux ans, elle fut prise de nouvelles douleurs qui débutaient toujours par le côté gauche de l'abdomen et s'irradiaient à droite. Elle avait en même temps la sensation de quelque chose qui tombait dans l'hypochondre droit. Ces douleurs, qui survenaient aussi par accès, ne se produisaient pas pendant la marche. C'est surtout lorsque la malade était assise que la crise se manifestait. La douleur était parfois assez vive pour

amener une perte de connaissance. Elle n'a jamais eu d'hématurie, de lithiase rénale ou d'ictère, mais par contre, elle avait des céphalalgies répétées et des vomissements fréquents. Il y avait aussi de l'inappétence, mais les selles étaient régulières. Elle a toujours été bien réglée.

Pas de stigmates hystériques ni de symptômes de neurasthénie.

La malade est de petite taille et présente quelques déformations rachitiques des membres inférieurs. Le pannicule adipeux est très développé, la paroi abdominale peu résistante, souple, mais non tombante. On sent, au niveau de l'hypochondre droit, une tumeur mobile, qu'il est facile de faire remonter sous le rebord des côtes qu'elle dépasse de 4 ou 5 travers de doigt. Du même côté on sent également, mais très profondément, une autre tumeur mobile, ayant la forme du rein, ce qu'il est facile de reconnaître, et qui n'est autre chose que le rein déplacé et mobile.

On ne porte aucun diagnostic ferme pour la tumeur de la région hépatique, et, comme la malade a déjà eu un kyste hydatique, on se décide à faire la laparotomie exploratrice.

Cette opération est faite le 28 mars 1891. Anesthésie chloroformique. Incision verticale au niveau de l'extrémité de la 9^e côte. Après ouverture du péritoine on constate au niveau de la plaie la présence du foie dont l'aspect est normal, mais qui est abaissé de trois travers de doigt et mobile. On décide de le fixer, et pour cela on passe 4 fils de soie dans le bord antérieur du foie. Ces fils sont ensuite passés dans l'épaisseur du cartilage périchondral de la côte inférieure et à travers la paroi abdominale.

Suture en étage de la paroi.

Suites opératoires simples. La malade se lève 4 semaines après l'opération, les phénomènes douloureux persistent. La fixation du foie a cependant parfaitement réussi, et il ne dépasse plus le rebord costal.

L'état ne change pas pendant les mois de mai et de juin.

Le 12 juin, M. Marchant pratique le néphropexie.

Incision lombaire verticale; fixation de la capsule du rein à la paroi lombaire par quatre fils de soie.

Suites opératoires simples. Réunion parfaite.

Les phénomènes douloureux ont presque totalement disparu, et un mois après la néphropexie, la malade commence à marcher. Elle se sent encore un peu faible du côté droit, mais n'éprouve plus que quelques vagues douleurs dans la région lombaire. Le déplacement rénal ne s'est pas reproduit.

La malade a été revue le 19 février 1892, 8 mois après la dernière opération. On ne peut sentir le rein, mais le foie semble dépasser de nouveau le rebord costal d'environ trois travers de doigt.

On sent en effet en ce point, immédiatement sous la cicatrice, au centre d'une zone de sonorité atténuée, une tumeur qui se prolonge vers le haut sous les fausses côtes et est légèrement mobile. La matité dans la région hépatique est à peu près normale. C'est donc vraisemblablement le bord inférieur du foie qui descend à nouveau dans l'abdomen.

Mais les troubles fonctionnels sont et demeurent supprimés, la malade ne souffre plus de ses anciennes douleurs. Elle est seulement un peu essoufflée. Elle a d'ailleurs eu dans l'intervalle une affection pulmonaire, probablement une bronchite. Mais elle a pu reprendre son métier de bonne et le remplir parfaitement.

Voilà donc un résultat brillant, mais il faut bien remarquer qu'on ne l'a obtenu qu'au prix de deux opérations, l'une sur le foie, l'autre sur le rein, et que c'est cette seconde intervention qui, seule, a paru modifier les douleurs.

Il serait donc aujourd'hui téméraire, il n'est même pas permis de juger des résultats que peut donner cette opération, en s'appuyant sur ce seul cas où elle ait été tentée et réussie. Nous sommes donc obligé de nous guider d'après des vues un peu théoriques et de faire ici de la thérapeutique de raisonnement plutôt que de la thérapeutique d'expérience.

L'exécution de l'opération ne semble pas devoir présenter de grandes difficultés.

Nous n'avons pas ici l'intention de donner une technique qui n'est pas établie et qui peut varier avec chacun des cas en présence desquels on se trouve. Cependant un fait paraît évident, c'est qu'il faut faire l'incision assez près du rebord costal droit, c'est-à-dire du point où on doit fixer le foie. L'incision sur le foie lui-même, quand il flotte assez loin dans l'abdomen, ne serait de quelque utilité, qu'autant qu'elle serait complétée par une incision indépendante de la première ou la prolongeant, mais, en tous cas, permettant de fixer le foie dans son siège normal. Il est évidemment préférable de faire l'incision nécessaire, sous le rebord costal, la première, assez grande au besoin pour introduire la main dans le ventre et pour aller à la recherche du foie. L'incision qui nous paraît la meilleure, au point de vue purement opératoire, est une incision curviligne, parallèle au rebord costal et située à deux travers de doigt au-dessous. Son tiers interne correspondrait au bord externe du muscle grand droit. Cette incision a des inconvénients et des avantages. Il est évidemment désavantageux de couper en travers une partie du muscle grand droit, mais, après une bonne suture la réunion ne se fait pas moins bien. D'autre part on se donne ainsi beaucoup plus de jour vers le bord antérieur du foie, parallèle lui-même à l'incision, et toutes les facilités pour le suturer

soit aux lèvres de la plaie, soit aux arcs costaux immédiatement voisins.

En outre, il vaut mieux faire la plus grande partie de l'incision du côté du flanc droit pour se tenir autant que possible en dehors de la vésicule biliaire, et parce que le bord inférieur du lobe droit nous paraît dans de meilleures conditions pour être soutenu par des sutures que la partie interne du bord antérieur, où l'on peut être gêné par le fond de la vésicule et le ligament falciforme.

L'incision verticale, immédiatement en dehors du muscle grand droit, a été faite par M. Marchant. Quelle que soit sa longueur au-dessous des arcs costaux au niveau desquels elle doit remonter, elle donne certainement moins de facilités pour suturer le foie sur une assez grande étendue. Et cependant c'est elle que nous conseillons de choisir, nous verrons pourquoi tout à l'heure.

Quand le foie est réduit dans l'hypochondre gauche, il s'agit de le fixer.

Pendant qu'un aide le maintient en place, on passe un fil, à travers la substance qui avoisine son bord antérieur.

Une aiguille de Reverdin courbe, ou des aiguilles d'Emmet de courbure et de dimensions convenables, rendront ici les plus grands services. Faut-il traverser le foie de part en part, à deux ou trois centim. de son bord tranchant, de façon à ce que le fil, entrant d'un côté par la face inférieure, ressorte de l'autre par la face supérieure ? C'est la conduite qui a été suivie par M. Marchant. Mais nous pensons qu'il vaudrait mieux opérer complètement sur la face supérieure, le fil entrant et sortant sur la face convexe, en pénétrant de un à deux centimètres environ dans l'épaisseur du tissu hépatique. Nous pensons qu'il y aurait ainsi, peut être, moins de chances de déchirure et que, en tous cas, le péritoine viscéral recouvrant la face convexe serait mieux appliqué que par l'autre procédé contre le péritoine pariétal. Plus il y aura de points de suture et plus la solidité des adhérences sera favorisée. Aussi pourra-t-on, si l'incision est curviligne, faire un certain nombre de points, perpendiculaires à l'incision, perpendiculaires par conséquent au bord tranchant du foie et se portant le long de ce bord antérieur, sur toute l'étendue de l'incision.

Si l'incision est verticale, ses rapports avec la face convexe du foie seront toujours peu étendus puisque le foie doit remonter au niveau

du rebord costal, presque exactement au point où se termine l'incision. Cependant on peut encore à l'exemple de M. Marchant, en écartant fortement les lèvres de la plaie, faire le long de l'arc costal, trois ou quatre points de suture.

Les fils, ayant traversé le foie sortiront directement à travers la paroi abdominale et seront noués sous la peau, traversant ainsi le péritoine pariétal et les muscles.

M. Marchant a fait passer ses fils dans le périchondre costal et cette conduite, surtout facile à suivre avec une incision curviligne, ne peut évidemment que servir à assurer la solidité des sutures. En outre elle ne présente aucun inconvénient, à condition que l'on songe à la proximité de la plèvre et qu'on prenne toutes les précautions nécessaires pour ne la point blesser.

Qu'on passe dans le périchondre ou qu'on se borne à traverser la paroi abdominale, on fera des sutures perdues, par-dessus lesquelles on fermera la peau. On pourra faire la suture du foie soit avec du gros catgut, soit avec de la grosse soie. Il faut que le catgut puisse durer plusieurs jours, mais nous pensons que la soie plate est préférable, parce qu'elle risque moins de couper et de déchirer le tissu, et parce qu'en outre elle constitue par elle-même, entre la paroi et le foie, un moyen de fixation permanent.

Le foie ainsi fixé peut-il tenir solidement ? L'observation de M. Gérard Marchant montre que la chose est possible. Nous avons voulu, de notre côté, demander à l'expérimentation sur l'animal des renseignements qu'elle est seule à pouvoir donner, et voir si les adhérences provoquées par une suture entre le foie et la paroi abdominale sont véritablement solides. On sait depuis longtemps avec quelle facilité se font les adhérences de séreuse à séreuse, mais nous voulions surtout voir si le tissu hépatique lui-même était, après dénudation et enlèvement de son enveloppe péritonéale, susceptible de se souder intimement à la paroi de l'abdomen.

Malheureusement, chez l'animal, et en particulier chez le chien, les conditions statiques sont complètement différentes de celles que l'on rencontre chez l'homme. Le foie n'est point, comme chez ce dernier, suspendu au diaphragme. Il lui adhère, il est vrai, mais il repose sur la paroi abdominale antérieure qui suffit presque à le soutenir, et il est de toute évidence que, si l'on vient à fixer aux arcs costaux ou à

la paroi de l'abdomen un lobe quelconque du foie, l'effort exercé sur le point de fixation sera toujours beaucoup moins considérable que chez l'homme, qui, pendant le tiers de sa vie, reste debout ou à peu près, et dont le foie pèse sans cesse de tout son poids sur son appareil suspenseur.

Malgré ces conditions réellement défavorables, nous avons obtenu des résultats véritablement intéressants :

Nous avons donc fait pour le foie ce que Tuffier a fait pour le rein en enlevant une partie de la capsule, et nous avons suturé directement à la paroi abdominale le parenchyme hépatique après avoir enlevé le péritoine qui le recouvre. Voici, brièvement résumés les détails de l'opération et les résultats que nous avons obtenus :

Sur un chien de moyenne taille, après anesthésie chloroformique, une incision de 12 centimètres est pratiquée très près du rebord costal droit et parallèlement à lui. La plus grande partie du muscle grand droit est sectionnée et le péritoine ouvert. Chez le chien, le foie est divisé en plusieurs lobes très indépendants les uns des autres et individuellement très mobiles.

Le lobe le plus rapproché est saisi avec les doigts et son extrémité est attirée au dehors. Il est alors très facile, avec un bistouri coupant bien, d'enlever à sa surface une bande péritonéale, large à peu près de deux centimètres et longue de trois ou quatre.

Il suffit de la circonscrire avec la pointe du bistouri en pénétrant à peine de un millimètre dans le tissu hépatique et de raser ensuite toute la substance comprise entre ces incisions. On enlève ainsi une tranche sous-péritonéale épaisse d'un millimètre environ, et on se trouve en contact avec le tissu hépatique lui-même.

L'hémorrhagie est en vérité très faible. Il n'y a guère qu'un léger suintement sanguin, qu'une compression de quelques instants suffit à arrêter. C'est la répétition des expériences que Tuffier (1) a faites pour s'assurer de la solidité des adhérences que le rein contracte avec la paroi lombaire, après la néphropexie. Mais, au lieu d'une simple décortication comme celle qu'il recommande pour le rein, où la capsule de Malpighi se laisse assez facilement décoller, il faut ici, pour enlever le péritoine, entrer en plein tissu hépatique en en rasant une

(1) TUFFIER. *Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein*. Paris, 1889.

mince tranche sous-péritonéale, ce qui, nous le répétons, se fait sans difficulté et ne s'accompagne que d'une hémorrhagie insignifiante.

Des fils de soie plate sont alors passés dans les lèvres de la plaie abdominale et à travers le tissu du foie, dans lequel ils entrent sur un des côtés de la zone dénudée pour ressortir de l'autre ; puis ils sont noués après avoir été serrés avec la plus grande précaution de façon à éviter de déchirer le tissu du foie.

Pour éviter tout accident de cette nature, nous passons le fil de soie en trois fois. On le passe d'abord dans le foie, avec l'aiguille de Reverdin courbe, puis on passe ensuite l'aiguille, dont on a retiré le fil, à travers une des lèvres de la plaie, de la superficie vers la profondeur. On entraîne alors avec l'aiguille le chef correspondant du fil, qui sort du foie et flotte sans opérer aucune traction sur le tissu. On recommence de même sur l'autre lèvre et on fait passer à travers la couche musculaire de la paroi le second chef du fil de soie. On parvient ainsi, sans risquer de déchirer le foie, à faire passer un fil à travers les lèvres de la paroi abdominale et le lobe hépatique qu'il s'agit de fixer. Trois fils ayant été successivement disposés de la même façon, on les noue avec soin sans tirer sur eux, et la plaie est fermée par une douzaine de points de suture au crin de Florence.

La plaie est simplement recouverte d'une couche de collodion iodoformé.

Au bout de quelques jours la guérison est complète et après trois semaines l'animal est sacrifié.

On constate alors, après ouverture du ventre, qu'il y a union très intime entre le lobe fixé et la paroi abdominale.

Mais les adhérences qui les unissent revêtent deux aspects bien différents. Sur toute la périphérie de la zone décortiquée, il y a des adhérences péritonéales simples entre le feuillet hépatique et le feuillet pariétal. Ces adhérences sont déjà solides ; cependant lorsqu'on tire sur le lobe du foie elles se laissent assez facilement déchirer.

Mais entre la zone décortiquée et la paroi abdominale, qui répond à ce niveau à la partie profonde de l'incision transpariétale, sur les bords de laquelle le péritoine s'est plus ou moins rétracté, les adhérences sont beaucoup plus fermes, au point que, lorsqu'on vient encore à exercer sur le foie des tractions suffisantes, celui-ci se déchire en

plein tissu, laissant une couche d'une certaine épaisseur adhérente à la paroi.

Il y a là un véritable tissu de cicatrice, plus résistant que le tissu même du foie et qui, par conséquent, sera plus que suffisant pour la fixer à la paroi. C'est là, évidemment, un résultat qu'on pouvait prévoir, mais qu'il était utile de contrôler.

Nous n'avons pas, dans cette expérience, suspendu le foie aux arcs costaux. Mais, à vrai dire, il ne saurait adhérer plus fortement qu'il le faisait et nous ne pensons pas qu'il y ait des avantages bien réels à ce procédé, qui n'est d'ailleurs facilement applicable que lorsqu'on a fait l'incision curviligne. Avec l'incision verticale, en effet, on ne saurait guère passer plus de deux ou trois fils à travers le périchondre qui ne se trouve découvert que sur une assez faible étendue.

Cette opération, telle que nous venons de la décrire, ne présente donc aucune difficulté bien sérieuse, et nous ne pensons pas que les accidents opératoires puissent être bien graves. Nous mettons hors de cause, bien entendu, les accidents septiques, auxquels n'avons fait jusqu'ici aucune allusion et auxquels nous n'en voulons faire aucune, tout ce qu'on pourrait dire à leur sujet faisant d'ores et déjà partie des principes fondamentaux de la chirurgie générale, dont nous n'avons pas à nous occuper dans cette étude limitée.

La blessure de la plèvre ne doit pas être possible. Il suffit de faire attention, lorsqu'on arrive au niveau du rebord costal, que la plèvre, en avant, n'atteint pas tout à fait. Du reste, si l'on en croit Canniot, le cul-de-sac pleural serait au moins à 3 centim. du rebord costal au niveau de la ligne du mamelon et à 4 cent. sur la ligne axillaire (1). Il suffit également de voir ce que l'on fait pour éviter de blesser la vésicule en passant un fil au travers, accident qui, s'il se produisait, ne manquerait certainement pas d'avoir des suites sérieuses. La complication opératoire la plus redoutable est, ici encore, évidemment, l'hémorrhagie. Celle-ci peut, en effet, se produire, et de deux façons différentes. Le fil fixateur, trop serré, peut déchirer le foie, mais alors nous ne pensons pas que l'accident puisse être bien grave, car s'il déchire le tissu du foie il ne déchire guère les vaisseaux de quelque importance situés dans son épaisseur. Ceux-ci, munis d'une paroi

(1) CANNIOT. Th. Paris, 1891, p. 10.

propre assez épaisse et assez résistante, s'étranglent, s'obturent, mais ne sauraient guère se laisser couper par un fil toujours modérément serré.

Il n'en est pas de même du second mode possible de blessure des vaisseaux sanguins.

L'aiguille, en cheminant dans le foie, peut rencontrer un vaisseau d'un certain calibre, le traverser de part en part, et ouvrir ainsi la voie à une hémorrhagie à laquelle il serait bien difficile de remédier. Le seul moyen d'éviter cette complication redoutable est de ne pas pénétrer trop profondément dans le tissu du foie au moment du passage du fil. En se tenant à un centimètre au plus de la surface, on a toutes les chances d'éviter un vaisseau de quelque importance et les risques d'hémorrhagie qu'entraînerait fatalement sa blessure.

Voici donc une opération assez facile, en tous cas parfaitement exécutable. Faut-il la faire ?

En règle générale, nous répondrons nettement et franchement : Non, il ne faut pas la faire. Il ne faut pas la faire, au moins de parti pris et de propos délibéré. Lorsqu'on a posé nettement et sûrement le diagnostic de foie mobile, il ne faut pas ouvrir le ventre pour faire l'hépatopexie.

Il ne le faut pas, parce que l'hépatoptose n'est pas une maladie mortelle, parce qu'elle ne menace en aucune façon l'existence.

Il ne le faut pas, parce que rien n'est moins bien établi que l'influence de l'opération sur la disparition des douleurs. Dans le cas de Gérard Marchant, celles-ci n'ont cédé qu'à une néphropexie secondaire, et, dans tous les cas, nous l'avons vu, il existe une entéroptose plus ou moins prononcée qui suffit à les produire et à les entretenir. Or l'hépatopexie aura toujours moins d'influence sur l'entéroptose que le simple port d'une bonne ceinture.

Il ne le faut pas, parce que, malgré tout, on risque de tuer sa malade, soit par hémorrhagie, soit par infection. Car, quelle que soit la perfection des méthodes modernes, il n'est aucun chirurgien qui puisse répondre de ne jamais voir d'accidents septiques à la suite de ses interventions.

Il ne le faut pas, enfin, parce que nous pensons que le bénéfice problématique que peut procurer cette opération n'est pas assez grand pour permettre de braver les dangers qu'elle fait courir.

Mais à toutes les règles il est des exceptions. Et nous pensons que dans quelques cas rares, très rares le diagnostic d'hépatoptose étant rigoureusement posé, si le rein est indubitablement à sa place et qu'on ne puisse l'accuser, si les douleurs sont extrêmement violentes, au point de rendre l'existence par trop pénible, si ces douleurs sont en relation manifeste avec les mouvements du foie, si, enfin, la malade avertie de l'importance de l'opération qu'elle va subir, l'accepte et la réclame, il sera permis de la faire, en employant alors l'incision curviligne parallèle au rebord costal.

Mais c'est dans d'autres conditions qu'on sera, croyons-nous, plus souvent appelé à pratiquer l'hépatopexie.

Lorsque les douleurs sont assez violentes, lorsque les symptômes divers sont assez alarmants pour qu'on puisse considérer l'état d'une malade comme grave, on est autorisé, en l'absence d'un diagnostic précis, à pratiquer la laparotomie exploratrice, opération sérieuse, mais légitime, parfaitement justifiée et à peu près universellement acceptée aujourd'hui. Et c'est ainsi que, dans certains cas d'hépatoptose dont le diagnostic sera obscur, ou impossible, lorsqu'on hésitera entre une tumeur de la vésicule, du rein ou du mésentère, on pourra faire, si les symptômes en sont assez graves, une laparotomie exploratrice. Mais alors on choisira une incision qui permette véritablement d'explorer l'abdomen et qui, tout en se rapprochant le plus possible de l'hypochondre droit, siège probable de l'affection qu'on recherche, donnera en même temps la possibilité d'agir du côté du ventre, vers la région rétro-ombilicale, voire même du côté du rein.

Et c'est pour cette raison que l'incision qui longe le bord externe du muscle grand droit, malgré sa moindre commodité au point de vue de la technique de l'hépatopexie, doit être préférée à l'incision curviligne sous-chondrale. C'est, en effet, l'incision véritable de toute laparotomie exploratrice destinée à combattre une affection mal déterminée de la région qui s'étend de l'hypochondre à l'ombilic, car, par cette incision plus ou moins agrandie, on pourra travailler en même temps, sur le foie, sur la vésicule, sur le mésentère ou sur le rein.

Mais la laparotomie exploratrice une fois décidée et faite, les conditions changent, et nous n'hésitons pas à dire que, si l'examen direct démontre qu'il s'agit d'un cas de foie mobile, on peut, on doit tâcher

de le fixer, soit aux arcs chondraux, soit simplement aux lèvres de la plaie. On ne risque guère, en effet, d'aggraver la situation, et l'on a tout au contraire, quelques chances de l'améliorer.

Nous répéterons donc ici, en résumé, à peu près ce que nous avons dit de l'hépatopexie partielle. La fixation du foie ne doit pas être tentée, à moins de cas tout à fait exceptionnel, lorsqu'on est assuré d'avance de l'existence d'un foie mobile. Elle est, au contraire, parfaitement légitime lorsqu'on découvre la chute du foie au cours d'une laparotomie exploratrice, légitimée elle-même par la gravité de symptômes morbides auxquels l'examen le plus consciencieux ne saurait assigner d'origine certaine.

CONCLUSIONS

L'hépatoptose est la dernière étape de l'entéroptose.

Elle est sous la dépendance immédiate d'une même prédisposition morbide, qui relève d'un trouble général de la nutrition. Les autres causes qu'on lui a assignées, efforts répétés, secousses et surtout éventration ne sont, en réalité, que des causes occasionnelles.

Les lésions anatomiques de l'appareil suspenseur du foie qui accompagnent l'hépatoptose sont inconnues. Peut-être s'agit-il, avant tout, d'un allongement et d'une laxité anormale de la veine cave. Le méso-hépar invoqué par Meissner n'existe pas.

Les signes physiques donnés par la percussion de la région hépatique et la constatation dans l'abdomen d'une tumeur ayant tous les caractères du foie, permettent seuls de reconnaître l'existence de cette affection. Les troubles fonctionnels qu'elle détermine n'ont rien de pathognomonique. Ils se confondent à peu près avec ceux de l'entéroptose, qui accompagne toujours l'affection, et avec ceux de la néphroptose qui lui est souvent associée.

On doit toujours commencer le traitement en essayant de faire porter au malade une ceinture appropriée.

L'hépatopexie, qu'elle soit partielle ou qu'elle soit totale, ne doit pas être faite de propos délibéré. Mais il faut l'exécuter lorsqu'on rencontre, au cours d'une laparotomie exploratrice, un lobe pédiculé du foie, ou lorsque que la glande entière, fortement abaissée, présente une mobilité excessive.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Nous donnons ici toutes les observations que nous avons pu recueillir. Autant que possible, nous en publions la traduction intégrale, malgré leur longueur quelquefois démesurée. On y pourra ainsi trouver une foule de détails dont nous avons jugé inutile d'alourdir notre description.

Un certain nombre des observations que nous n'avons pu nous procurer trouveront leur place à l'index bibliographique.

Enfin il est certainement de nombreux cas d'hépatoptose qui ont été observés, mais qui n'ont jamais été publiés.

C'est ainsi que M. le professeur Tarnier, M. Jalaguier et notre ami Auguste Broca nous ont dit en avoir observé. M. Tarnier en a diagnostiqué deux cas, dans l'un desquels le foie était dans le bassin. MM. Jalaguier et Broca les ont rencontrés au cours de laparotomies. Mais ils n'en ont point profité pour faire l'hépatopaxie.

OBSERVATION I. — LAURENT HEISTER. *Acta physico-medica naturæ curiosorum*. Nuremberg, 1754, X, p. 1-4.

Cette observation, la plus ancienne qui ait été publiée, ou tout au moins que nous ayons pu recueillir, présente un intérêt exceptionnel parce qu'elle a trait à un déplacement du foie constaté à l'autopsie. Elle est même accompagnée d'un dessin qui montre de la façon la plus nette la situation anormale occupée par le foie. Les exemples en sont trop rares pour que nous n'ayons pas cru devoir le reproduire.

Nous ne transcrivons ici que ce qui se rapporte au sujet qui nous intéresse :

Les téguments abdominaux incisés, le côlon apparut, distendu par des gaz et replié en plusieurs circonvolutions. L'estomac était petit. Caché sous les circonvolutions du côlon.....

Mais ce qui, dans cet abdomen, était le plus digne de remarque, c'est la

situation anormale du foie qui, peut-être, n'a jamais été vu ainsi, et qui, au lieu d'être situé transversalement sous le diaphragme, comme il a coutume, était couché suivant la longueur de l'abdomen. Il partait du point le plus



FIG. 16. — *Fac-similé du dessin qui accompagne l'observation de Heister.*

1. Estomac. — 2. Lobe de Spiegel.

élevé du ventre, sous le diaphragme, et de là gisait, contigu au péritoine, dans toute la partie droite du ventre, jusque dans le bassin, de sorte que sa partie convexe, qui d'ordinaire est reçue dans la concavité du diaphragme, était ici couchée contre le péritoine du côté droit de l'abdomen,

et restait ainsi complètement latérale, s'étendant depuis le sommet de l'hypochondre droit jusqu'à l'intérieur du bassin. La partie inférieure, ou concave, avec le lobe de Spiegel et la vésicule biliaire, ne regardait pas en bas, mais vers la partie droite de l'intestin.

La portion du foie qui ici était supérieure et située dans l'hypochondre droit est celle qui, normalement, se trouve située dans l'hypochondre gauche. La partie la plus inférieure, dans le bassin, aurait dû être normalement dans l'hypochondre droit.

A ces explications, il est facile de reconnaître que ce foie occupait une situation insolite et singulière que je n'ai trouvée citée jusqu'ici nulle part, ni dans l'« *Anatomia hepatis* » de Glisson, ni dans l'ouvrage considérable que Clar. Bianchi a publié sur le foie..... D'ailleurs ce foie paraissait sain et ne présentait d'anormal que sa situation.

Rien de plus net, anatomiquement, que cette observation. Mais rien de plus curieux que l'explication que l'auteur veut donner de cette anomalie, explication qui montre bien sur quelle pauvre philosophie vivaient encore, au milieu du XVIII^e siècle, des hommes que la nature de leurs études eût dû préserver de la contagion des vieux dogmes théologiques et pousser avant tout le monde dans la voie de l'expérimentation positive.

Voici le passage. Nous nous en voudrions de ne pas le donner ici dans toute sa saveur et sa naïveté : « Par cette situation, Dieu a peut-être voulu montrer que, si telle avait été sa volonté, il aurait pu placer ainsi le foie chez tous les hommes. »

OBSERVATION II. — CANTANI. *Annali univ. di med. e chir.* Milan, 1866, p. 373.

Femme de 54 ans, ayant eu auparavant une péritonite puerpérale. Onze ans avant l'époque de l'examen, à la suite d'un accouchement, elle éprouva dans l'abdomen une sensation insolite avec sentiment de pesanteur à l'hypogastre.

Au bout de quelques mois, elle s'aperçut qu'elle portait, au niveau de l'ombilic, une tumeur qui changeait de place pendant les mouvements du tronc, et gagnait les parties déclives. Après quelques années cette malade en vint à présenter tous les caractères de l'hystérie avec mélancolie religieuse.

L'examen physique du thorax montra une sonorité tympanique à partir de la sixième côte du côté droit. Il n'y avait donc rien au point où siège

ordinairement le foie. La rate avait son siège et son volume ordinaires. Au-dessous de l'ombilic et jusque dans la région inguinale droite, on trouvait une tumeur large et assez dure, obliquement dirigée, et entourée d'une zone tympanique vers sa limite inguinale, de sorte que, dans ce point, la tumeur semblait plus petite et recouverte par les circonvolutions intestinales.

La tumeur est mobile sous l'influence des déplacements du corps, selon une courbe convexe dont le centre se trouve juste au-dessous du diaphragme.

Il s'agit donc d'un foie mobile.

En relevant un peu le bassin de la malade, on peut repousser la tumeur dans la région hépatique et reconnaître la scissure de son bord antérieur.

Au moment de cette réduction, la malade accuse un soulagement marqué et ne se plaint plus que d'un peu de fatigue. Mais dans la station verticale, la tumeur reprend très vite sa première position.

OBSERVATION III. — ROMOLO PIATELLI. *Rivista Clinica di Bologna*, 1868, * VII, 239-243.

Femme de 56 ans, ayant eu deux grossesses, l'une régulière, l'autre terminée par un avortement. Présentait depuis quelque temps du gonflement du ventre. On sent, en effet, une tumeur solide terminée en haut par une surface convexe, lisse, épaisse et arrondie.

En bas, on trouve un rebord mince et difficile à suivre. Elle s'élève pendant la respiration et peut facilement être déplacée de bas en haut avec la main, de telle façon que sa limite supérieure se trouve cachée sous les côtes. La zone de matité à laquelle elle donne lieu, correspond assez nettement à la forme du foie. Aux points occupés normalement par cet organe, correspond une zone de sonorité. La sensation de dureté et de plénitude fournie par la tumeur, occupe surtout la partie supérieure de la cavité abdominale.

La réduction partielle est seule possible.

Autopsie non faite.

OBSERVATION IV. — MEISSNER. *Schmidt's. Jahrb.* Leipz., 1869, 107-114.

Femme de 39 ans 1/2, enceinte pour la troisième fois en janvier 1868. La première grossesse datait de 1857, et la seconde de 1859. Au commencement d'avril, la malade se plaignit de fortes douleurs dans l'abdomen. Elle accusait surtout une sensation de pesanteur et de plénitude dans toute la cavité abdominale. En même temps il y avait une légère inclinaison du

corps à droite, ce qui paraissait donner l'idée d'une grossesse. Lorsque la malade est dans la position horizontale, on trouve une tumeur dure qui occupe le milieu du ventre et que l'on peut limiter par la percussion et la palpation. Sa limite supérieure est oblique et offre la configuration caractéristique de la face supérieure du foie. Sur le bord antérieur est une échancrure qui offre tous les caractères de la scissure du bord antérieur du foie, de sorte que l'ensemble de la tumeur a les caractères d'un foie déplacé de consistance normale et de volume moyen.

On peut avec la main, et sans qu'il soit nécessaire d'élever le bassin, ramener le foie tombé à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, jusque dans l'hypochondre droit. Tandis que, sans qu'on agisse directement sur lui, une légère élévation de la partie supérieure du corps suffit pour que la main puisse percevoir ses déplacements.

OBSERVATION V. — BARBAROTTA. *Il Morgagni*, XI, 1870.

Une femme d'un certain âge, mère de six enfants, avorta au sixième mois de sa grossesse. Elle eut plusieurs métrorrhagies, jusqu'à ce que le ventre reprit sa circonférence normale. A cette époque, survinrent de vives douleurs au niveau de l'angle de l'omoplate. Dans la moitié gauche de la cavité abdominale, on pouvait sentir une tumeur mobile dans toutes les positions du corps. Cette tumeur paraissait formée par le lobe gauche du foie.

Celui-ci n'était que peu hypertrophié, mais il était descendu assez bas pour qu'on en pût sentir le bord à quatre travers de doigt au-dessous des côtes. La réduction manuelle est possible. La rate était elle-même déplacée et descendait notablement au-dessous des côtes.

OBSERVATION VI. — VOGELSANG. *Memorebilien Heilbr.*, 1872, 67-69.

La malade qui fait le sujet de cette observation, était une dame âgée, ayant depuis un an dépassé la ménopause. Elle se croyait enceinte depuis deux mois. Il lui semblait même sentir les mouvements du fœtus. Le ventre était sensiblement développé, surtout dans la région hypogastrique droite, et, à la palpation, on trouvait une tumeur lisse, élastique, comblant à droite toute la région iléo-cæcale, et s'étendant transversalement jusqu'au-dessous de l'ombilic, qu'elle débordait même du côté gauche. De ce côté, la tumeur offrait la consistance d'un utérus gravide au 5^e ou 6^e mois. La malade n'accusait d'ailleurs aucune sensation douloureuse. Tout autour de la tumeur, zone sonore à la percussion ; aucune

matité dans la région normalement occupée par le foie. La malade avait une taille fine et l'auteur pense que le déplacement du foie était survenu à la suite d'une constriction exagérée de l'abdomen par le corset.

OBSERVATION VII.— WINCKLER. — *Arch. f. Gynæk.* Berlin, 1872, IV, 145-156.

Une femme de 29 ans, qui avait été enceinte deux fois, se plaignait depuis son premier accouchement d'une flaccidité anormale des parois de l'abdomen. Un mois après son deuxième accouchement, au moment où elle se relevait, elle ressentit dans l'hypochondre droit une douleur lancinante très vive, qui s'irradiait de gauche à droite et qui finit par se fixer.

Depuis lors, elle eut de fréquentes nausées, des sueurs froides, des syncopes. La douleur était plus vive pendant la station verticale que pendant le décubitus; elle siégeait surtout dans le côté gauche. Ces accidents durèrent trois jours, mais la malade ne fut pas délivrée de sa douleur, bien que celle-ci ait changé de caractère au bout de quelques jours.

Les douleurs dans l'hypochondre droit étaient fortes, surtout pendant l'élévation du tronc, pendant les mouvements un peu brusques, comme ceux que produit l'ascension d'un escalier, le saut, les efforts de la défécation. Elles persistaient pendant le décubitus dorsal. En revanche, elles diminuaient lorsque la malade se couchait sur le ventre, ou lorsqu'elle le soutenait fortement avec ses mains. La malade portait bien une ceinture abdominale, mais elle était trop lâche et ne produisait que peu de soulagement.

L'auteur prescrivit un bandage plus étroit et les douleurs disparurent complètement, au moins tant que la malade ne se livra qu'à des travaux légers. Lorsqu'elle entreprit des travaux pénibles, elles reparurent et furent bientôt plus vives qu'elles ne l'avaient été tout d'abord. Puis apparut un ictère qui dura 4 semaines. La malade garda le lit, puis, au bout de quelque temps, elle remplaça son bandage et fut très bien pendant deux ans. Lorsqu'elle cessait de le porter elle présentait au bout de quelques jours les phénomènes suivants :

Par suite de la faible épaisseur et de la flaccidité de la paroi abdominale, on peut pour ainsi dire pénétrer avec la main profondément dans son intérieur, et l'on constate que la moitié droite de l'abdomen est remplie par une tumeur dure dont les contours rappellent ceux du foie. L'auteur, qui n'avait jamais eu l'occasion de voir un foie mobile, pensa qu'il était en présence d'un cas de cette affection.

On pouvait sentir la face inférieure de l'organe et même la scissure interlobaire. On ne pouvait pas distinguer nettement la vésicule biliaire. Entre le bord inférieur des côtes et le foie déplacé, on pouvait sentir avec la main une excavation que traversait le ligament triangulaire. Il offrait au toucher la sensation d'une membrane dure et résistante. Le foie avait

sa consistance et sa position normales, mais son bord antérieur était légèrement oblique. L'organe était très mobile à gauche et en haut. Dans cette direction, le foie pouvait être complètement réduit de sorte que son bord antérieur se trouvait immédiatement au-dessous du rebord costal. En essayant de déplacer le foie latéralement, on provoque l'apparition des douleurs décrites plus haut.

OBSERVATION VIII. — SALOMONE MARINO. *Riv. clin. di Bologna*, 1874.
IN TH. BLET.

L'auteur a vu, à Palerme, dans la clinique de Dr Frederici, une femme de 20 ans qui présentait, dans la moitié gauche de l'abdomen, une tumeur que les recherches et les commémoratifs permettaient de considérer comme un foie hypertrophié et luxé.

La rate se trouvait dans l'hypochondre droit.

La disposition des autres organes était normale.

OBSERVATION IX. — GERHARD LEOPOLD. *Arch. für Gynæcologie*. Berlin, 1874-1875, VII, 152-168.

M^{me} M..., 54 ans, toujours bien portante, sauf depuis 6 mois, a été réglée régulièrement jusqu'à sa 50^e année, et a mis au monde sans difficulté 7 enfants, le premier dans sa 29^e, le 7^e dans sa 47^e année. La mère est morte d'hydropisie. En octobre 1873, elle remarqua, surtout après avoir porté ou soulevé des fardeaux, plus tard consécutivement à la marche ou à l'accomplissement de travaux domestiques un peu fatigants, une tumeur indolente, qui augmenta de volume dans la suite, et qui ne l'inquiéta que parce que, dans le côté droit également, et après les travaux manuels pénibles, elle ressentait de temps en temps des douleurs lancinantes d'intensité variable, qui faisaient complètement défaut pendant les heures consacrées au repos. L'état général de la malade restant toujours bon, la tumeur augmenta de volume et finit par acquérir la grosseur d'une tête d'enfant; en même temps, les douleurs ressenties dans le flanc droit et la région épigastrique s'accrurent, mais sans revêtir un caractère gênant. La malade, inquiète, consulta un médecin de cette ville, à l'obligeance duquel je dois un examen soigné de la malade. Quelques médecins ne s'étaient pas prononcés d'une façon précise sur la nature de la tumeur (utérus ou ovaire?). D'autres, y voyant un foie augmenté de volume, avaient expliqué à la malade, pour la rassurer, que sa tumeur n'était pas de nature maligne.

État actuel (mars 1874). — La malade est mal nourrie, musculature peu développée, peau pâle et fanée, tissu cellulaire sous-cutané pauvre en

graisse. Anémie intense des muqueuses. Quand la malade est debout, le côté droit de l'abdomen, atteint d'une éventration très sensible, proémine plus que le gauche. La même chose a lieu dans le décubitus, mais à un moindre degré ; on remarque surtout alors que la paroi abdominale, relâchée dans toute son étendue, est plus déprimée à gauche qu'à droite, tandis que dans la station debout elle est, des deux côtés, bombée en avant. La consistance de la paroi abdominale, mince et fanée, permettait de palper le ventre dans toutes les directions, particulièrement dans le petit bassin, de telle sorte que la palpation donnait littéralement la forme des organes isolés. La description que Winckler donne de la disposition analogue qu'il rencontra dans son cas répond exactement à la nôtre. La main placée dans la région de l'hypochondre droit pouvait saisir immédiatement, entre le bord inférieur des fausses côtes, la crête iliaque et la branche horizontale du pubis du côté droit, une tumeur un peu plus grosse qu'une tête d'enfant, très lisse, et où, en palpant légèrement, on pouvait sentir un bord large, augmentant rapidement d'épaisseur dans la profondeur, bord qui devait faire songer tout observateur impartial au bord inférieur mousse du foie.

Sur ce bord, on remarquait une indentation, probablement l'incisure interlobaire ; et, en bas et en arrière, on pouvait sentir nettement une petite éminence rappelant la vésicule biliaire. Entre le bord antérieur de la tumeur et le bord inférieur du thorax du côté droit, la main pouvait facilement pénétrer à une certaine profondeur en haut, et constater que la surface lisse se continuait en haut comme sur la face convexe du foie normal. Bien que ces signes fussent suffisants pour faire supposer que la tumeur en question ne pouvait être que le foie, le diagnostic fut confirmé par la percussion du thorax et de l'abdomen, et par l'étude de la mobilité de la tumeur. Le poumon gauche et le cœur étaient complètement normaux ; mais le son clair donné par le poumon droit se continuait sans limite sensible avec le son tympanique de l'abdomen, que la percussion fût légère ou énergique. A peu près à un travers de doigt au-dessus du bord inférieur du thorax commençait la matité, qui se continuait uniformément sur toute la surface de la tumeur jusqu'à la branche horizontale du pubis. En ce point, la matité cessait de nouveau ; et si, soulevant le bord inférieur de la tumeur, on plaçait le plessimètre entre ce bord et la branche du pubis, sur toute la largeur entre l'épine iliaque et la ligne blanche, en pressant fortement, on entendait partout un son éclatant. En largeur, la matité s'étendait, vers la partie moyenne de la tumeur, à droite jusqu'à la ligne axillaire, à gauche jusqu'à une faible distance au delà de la ligne blanche, plus bas à peu près jusqu'à cette même ligne blanche, de telle sorte qu'on pouvait observer très bien la position de la tumeur, oblique de haut en bas et de droite à gauche. La tumeur ne pouvait être déplacée vers le petit bassin au delà de la position qu'elle occupait ; elle se laissait refouler facilement en haut sans peine et sans douleur pour la malade, sous le bord inférieur du thorax ; maintenue en place, elle reproduisait la matité

jécorale normale. Quand on explorait par le palper bimanuel les organes génitaux internes (utérus et annexes), on les sentait sous forme d'organes atrophiés avec une netteté qui n'est possible que quand la paroi abdominale est relâchée comme elle l'était dans notre cas. L'utérus, petit, était un peu rétroversé ; les deux ligaments larges se présentaient sous forme de cordons lâches et derrière eux on sentait deux petits corps un peu plus compacts qu'il était naturel de considérer comme les ovaires.

Après cette tentative de réduction de la tumeur, on la fit revenir à sa position première en plaçant la malade debout, afin de pratiquer alors une réduction tout à fait lente et progressive. Ceci montra que le côté gauche de la tumeur se déplaçait moins vers le haut, et que la moitié droite, représentant la masse principale de la tumeur, était susceptible du mouvement le plus étendu. En effet, tandis que le bord inférieur gauche se déplaçait de 4 à 5 cent. pour disparaître sous les fausses côtes, la moitié droite du bord inférieur faisait un chemin de 14 cent. jusqu'au bord inférieur des fausses côtes du côté droit. Ces mouvements répétés de la tumeur démontraient avec certitude que la mobilité vers le haut était plus considérable à droite qu'à gauche, ou que la tumeur était plus solidement fixée dans la région de la colonne vertébrale que dans la concavité droite du diaphragme ; que, dans son mouvement, cette tumeur décrivait un arc de cercle dirigé de haut en bas, de droite à gauche et d'arrière en avant, le centre de ce cercle correspondant à peu près à l'insertion du lobe hépatique gauche au diaphragme.

Si l'on considérait que la rate et les reins se trouvaient à leur place normale et que la sécrétion urinaire s'accomplissait toujours d'une façon normale, on pouvait porter en toute certitude le diagnostic de foie mobile.

OBSERVATION X. — CHVOSTEK. *France médicale*, 1875, p. 837
et Th. BLET, 1876.

Femme de 53 ans, mariée à 18 ans, et ayant eu 12 enfants, présentant des troubles gastriques variés, avec douleurs à l'épigastre, etc. Les parois abdominales sont extrêmement relâchées, parcourues par des veines dilatées et permettent d'observer les mouvements péristaltiques de l'intestin, surtout pendant les crises de coliques. Enfin on constate avec la plus grande facilité une énorme tumeur dans le ventre.

L'examen de la malade permit de constater, sur le bord inférieur de la tumeur, au niveau du ligament de Poupart, une échancrure très distincte. En outre la région hépatique était le siège d'une sonorité anormale, aussi bien en arrière qu'en avant. La tumeur, mobile, s'étendait vers la gauche et s'abaissait dans la position verticale. Enfin elle pouvait, par l'élévation du bassin, être ramenée, non sans douleur, jusque dans la région hépatique.

OBSERVATION XI. — TEMPINI. *Gazetta medica Ital.*, 1875.

Malade âgée de 60 ans, sage-femme, quelque peu surmenée. Neuf grossesses, les huit premières normales, la dernière terminée par un avortement. En 1862, attaque de rhumatisme articulaire aigu suivie de lésions cardiaques. Dans les derniers temps, elle reconnut elle-même, non sans effroi, la présence dans l'abdomen d'une tumeur charnue, bilobée.

A l'examen, on trouve une matité précordiale très considérable, tandis qu'au contraire la région hépatique est sonore dans presque toute son étendue.

La palpation de l'abdomen fait reconnaître une tumeur indolente, bilobée, de consistance charnue, mobile sous la peau, qui, du bord libre des côtes, s'étend vers la région épigastrique et une partie de la région ombilicale, ainsi que dans le flanc droit; des deux lobes de la tumeur, le droit est le plus développé; une scissure manifeste les sépare. On ne peut préciser la forme de la partie supérieure, tandis qu'on détermine avec la plus grande facilité celle des parties antérieure et latérale; le bord inférieur est aminci, interrompu au niveau de la division des deux lobes; l'extrémité droite est arrondie, la gauche plus allongée. La face inférieure est large et présente des irrégularités qu'on ne peut préciser. Si, avec les mains placées au-dessous de la tumeur, on lui imprime un mouvement de bas en haut et de gauche à droite, on peut la refouler en grande partie sous les côtes; faisant alors maintenir la tumeur par les mains de la malade, on obtient par la percussion la matité hépatique normale. Si la malade abandonne alors sa tumeur, elle redescend et la matité fait place à la sonorité.

Dans le décubitus latéral droit, la tumeur se déplace facilement vers la gauche; dans le décubitus gauche, le déplacement est presque nul.

OBSERVATION XII. — W. SUTUGUIN. *Arch. f. Gynæk.* Berlin, 1875, VIII, 531-533.

La malade est une paysanne, se nomme Anna T. Schenkowa, a 41 ans, est née dans le gouvernement de Pskav; 13 ans de mariage; elle a eu ses règles à 16 ans, et depuis cette époque toutes les 4 semaines régulièrement, mais avec des douleurs avant et après. Elle a été enceinte 2 fois. La première grossesse a évolué régulièrement, il y a 10 ans; la 2^e se termina par une fausse couche au 3^e mois, par suite d'une chute. Les couches se sont passées dans les deux cas sans troubles particuliers. La malade a toujours été bien portante et a eu seulement, il y a 3 ans, de légères douleurs rhumatismales dans les pieds.

Il y a 2 mois, la malade ressentit des douleurs dans l'abdomen et remarqua qu'il était augmenté de volume. Ces douleurs devenaient plus intenses pendant la marche et les travaux domestiques, mais se calmaient par le repos horizontal. Elle ne sait à quoi attribuer ces douleurs.

Je l'ai vue pour la première fois le 1/13 mai de cette année. Elle est solidement constituée, a peu de graisse sous la peau, mais est un peu anémique. Elle se plaint seulement de douleurs et de tuméfaction du ventre. Ces douleurs augmentent après les repas et la marche. Néanmoins l'appétit est bon et les selles sont régulières. Le cœur et les poumons sont complètement sains. La sécrétion urinaire est normale. Le ventre a augmenté dans son diamètre transversal ; à la hauteur de l'ombilic, il a 107 centim. de tour. Dans le décubitus, la paroi abdominale est relâchée, de telle sorte qu'on peut très facilement palper la tumeur, située obliquement. Le bord supérieur de la tumeur est à 5 centim. des fausses côtes droites et à 15 centim. de la base de l'appendice xiphoïde. Le diamètre transversal de la tumeur est de 31 centim. ; le diamètre vertical est de 15 centim. Un peu à gauche du milieu, on peut sentir en bas un léger sillon. De l'hypochondre droit au milieu de la tumeur on sent très nettement un ligament (ligament suspenseur du foie).

Le bord inférieur se trouve, à droite sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, et sur la ligne médiane, à 12 cent. au-dessus de la symphyse du pubis. À gauche, le bord gauche est à 4 cent. de l'ombilic ; le bord droit est sur la ligne axillaire droite. Toute la tumeur ressemble au foie par sa forme et sa consistance. Elle est mobile latéralement et, vers le haut, on peut la refouler jusqu'à la place qu'occupe normalement le foie. Mais vers le bas, on ne peut la déplacer que d'un travers de doigt. À la percussion, à droite, le son pulmonaire se continue avec un son tympanique net à la place de la matité normale du foie. Cette zone tympanique s'étend jusqu'à la tumeur, qui donne de la matité. Si l'on soulève la tumeur, la zone tympanique voit sa largeur se réduire à un travers de doigt, mais ne disparaît pas complètement sous la tumeur. Dans le bassin, le son est clairement tympanique. La face supérieure de la tumeur est convexe, l'inférieure est mousse. Quand la malade se lève, la tumeur s'abaisse d'un travers de doigt.

La matrice est refoulée en arrière et un peu à gauche, et un peu augmentée de volume ; l'hystérométrie donne une longueur de 6 cent. 5 ; il y a des signes d'endométrite granuleuse du col. Le vagin est complètement libre ; si la tumeur se meut latéralement, la matrice reste en place ; si la tumeur se meut de bas en haut et en arrière, la matrice est tout aussi mobile que dans la situation normale.

Après 3 jours d'observation, la malade fut renvoyée avec un bandage de corps et n'a pas reparu jusqu'à ce jour. En quittant l'hôpital, elle se sentait tout à fait soulagée.

Notre cas est remarquable en ce sens que la malade ne s'est jamais serrée et que sa maladie n'a été remarquée que 10 ans après son premier

accouchement. Quant à la cause de l'hépatoptose, les autopsies soignées nous donneront probablement une réponse plus positive ; en attendant il faut admettre, avec Léopold et Meissner, un mésohépar comme cause prédisposante, la diminution d'élasticité des parois abdominales et du diaphragme et le travail mécanique forcé comme causes occasionnelles.

OBSERVATION XIII. — N. P. WASSILIEFF. *St-Petersburger Medicinische Wochenschrift*, 1876, n° 30, p. 1.

Maria S., femme d'un ecclésiastique, 39 ans, originaire du gouvernement de Saint-Petersbourg, entra à la clinique le 5 mars 1876, se plaignant de céphalée et d'une lassitude générale, symptômes qui auraient fait leur apparition pendant les jours précédents. De l'interrogatoire, il résulta que la malade avait eu 16 grossesses, la dernière cinq ans auparavant ; 6 de ces grossesses se terminèrent par des avortements ; après les deux premiers, la malade eut des métrorrhagies abondantes qui l'affaiblirent beaucoup. Pendant son enfance elle a eu la rougeole ; à 15 ans, une maladie fébrile quelconque (3 semaines sans connaissance) ; à 23 ans, de la diphtérie de l'arrière-bouche ; à 37 ans, une nouvelle maladie fébrile pendant laquelle elle remarqua dans la région abdominale droite supérieure une tumeur assez considérable qui disparut avec la fièvre. La malade a fait plusieurs chutes violentes (chutes dans l'escalier, chutes de voiture). Dans les derniers jours il y a eu de la fièvre, de la céphalée, de la lassitude ; les mains sont un peu tuméfiées, la peau légèrement rougie, la sensibilité cutanée diminuée. La malade a eu déjà plusieurs fois des affections semblables. (érythème papuleux ?)

État actuel. — La malade est assez mal nourrie, paraît plus âgée qu'elle ne l'est : l'ossature et la musculature sont peu développées. La peau des mains s'enlève en larges lambeaux. Les seins sont atrophiés. L'examen du thorax donne une matité négligeable au-dessus et au-dessous de l'omoplate droite ; il y a en outre des râles sous-crépitaux et sibilants, et c'est tout. Le cœur est de dimensions normales ; à la pointe, le premier bruit est souvent accompagné d'un bruit anormal. Le ventre est pendant, augmenté de volume (75 cent. de tour), en son milieu, on sent un sillon longitudinal causé par l'écartement des muscles grands droits. A la percussion (dans la station verticale) et le long de la ligne mamillaire droite, on rencontre la matité à la 8^e côte ; cette matité se prolonge vers le bas et se transforme peu à peu en un son tympanique dû aux intestins. Le long de la ligne axillaire, cette matité commence sous la 9^e côte droite. A la palpation du côté droit du ventre, nous rencontrons, immédiatement au-dessous des fausses côtes, un corps qui ressemble au foie, et dont la convexité regarde la paroi abdominale ; sa surface est assez lisse ; sur la ligne mamillaire, le bord inférieur est à 12 cent. au-dessous du bord inférieur du

thorax, puis monte très rapidement à gauche et en haut et se perd sous le bord inférieur des fausses côtes, un peu à droite de la ligne médiane. Si l'on exerce sur le corps en question une pression dirigée de bas en haut, il rentre facilement sous les côtes et alors, sur la ligne mamillaire, on obtient de la matité à partir de la 6^e côte. Dans le décubitus, la matité commence : sur la ligne mamillaire, au-dessous de la 6^e côte ; sur la ligne axillaire, au-dessous de la 7^e ; au-dessous du bord inférieur du thorax on sent le corps en question, mais son bord inférieur n'est plus qu'à 7 cent. 1/2 des côtes. On peut facilement le prendre entre deux doigts, et on le trouve alors assez mou. Quand la malade est couchée, elle le refoule facilement sous les côtes en faisant remonter son bord inférieur, c'est-à-dire en le faisant tourner autour de son axe transversal. Autant qu'on a pu déterminer par la palpation la grosseur de ce corps, cette grosseur correspond à un foie normal ou légèrement rapetissé. A la place de la matité splénique, nous trouvons, au-dessous de la 9^e côte, sur la ligne axillaire gauche, un son tympanique un peu sourd. A la palpation de l'abdomen nous rencontrons un corps allongé de la grosseur de la rate normale ; il est très mobile, assez mou, et durcit quand on le palpe longtemps. Si on le saisit entre les deux mains, d'un côté par la paroi abdominale, de l'autre par la région lombaire, on peut le réduire sous les côtes, quoique avec quelque difficulté. En faisant cette manœuvre, on obtient, sur la ligne axillaire et sous la 9^e côte, une matité qui disparaît dès qu'on enlève les mains, ce qui permet au corps en question de glisser vers le bas. Si, pendant que les mains étreignent ce corps de la manière indiquée, on applique à ses extrémités, sur la paroi abdominale, les électrodes humides d'un appareil d'induction, on peut constater nettement une diminution de son volume sous l'influence du courant. En outre, dans la même moitié du ventre, on trouve un autre corps également mobile dont la forme ressemble à celle du rein. La percussion du dos donne, à la place du rein droit, une matité plus forte qu'à la place du rein gauche. L'utérus est mobile dans toutes les directions ; un polype de la grosseur d'une amande pend hors de l'orifice utérin ; la voûte du vagin est vide. Poids de la malade, 40 kil. 600 ; quantité d'urine émise par jour, 1000 à 1300 gr., poids spécifique de cette urine, 1007 à 1016 ; pas de produits anormaux dans l'urine.

OBSERVATION XIV (Même auteur).

Gregori Gordeieff, cocher de 31 ans, natif du gouvernement de Saint-Pétersbourg, entre à la clinique le 2 décembre 1875, se plaignant d'une douleur sourde et d'une sensation de réplétion dans les deux hypochondres ; en outre, de constipation.

Les commémoratifs nous apprennent que, dans son enfance, le malade a eu la rougeole ; il y a 6 ans, une fièvre quelconque (la description qu'il en

donne fait songer à une fièvre intermittente). Il y a 4 ans, à la suite d'un effort violent (il avait soulevé sa voiture), il ressentit une violente douleur dans l'hypochondre droit; et aussitôt, il commença à remarquer, en cet endroit, une tumeur qui, peu volumineuse au début, atteignit peu à peu ses dimensions actuelles. Il y a un an le malade remarqua une tumeur semblable dans l'hypochondre gauche.

État actuel. — Le malade est d'assez haute taille; son squelette et son système musculaire sont bien développés. La peau et les muqueuses visibles sont un peu pâles. La percussion et l'auscultation du thorax ne donnent rien de remarquable. Le ventre est fortement dilaté (84 cent. de tour). A droite, le long de la ligne mamillaire, on obtient de la matité à la 7^e côte; sur la ligne axillaire, au-dessous de la 8^e. Par la palpation et la percussion, on reconnaît un corps semblable au foie et faisant saillie sous le bord inférieur du thorax. Les dimensions de ce corps diffèrent beaucoup suivant que le malade est debout ou couché.

Sur la ligne mamillaire, dans la station verticale	14 c. 5	; dans le décubitus	17 c. 5
» axillaire	» 12	» 18	5
» parasternale	» 16	» 13	5

A la palpation, ce corps se montre assez résistant; dans la station verticale, on peut y reconnaître une voussure; sa surface est uniforme et lisse. Le bord inférieur est assez compact et, quand le malade est couché, on y sent une incisure. Si, à travers la paroi abdominale, on exerce sur ce corps une pression dirigée de bas en haut, il rentre sous les côtes sans difficulté et dans presque toute son étendue; alors la matité remonte une côte plus haut. La matité splénique commence sur la ligne axillaire gauche à la 9^e côte, sur la ligne mamillaire également à la 9^e et s'étend jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane.

Les dimensions sont (de haut en bas) :

Sur la ligne mamillaire, dans la station verticale	9 cent.	; dans le décubitus	7 c. 5
» axillaire	» 9,5	» 9	

La rate semble plus résistante à la palpation que d'habitude, se laisse refouler très facilement et en totalité sous les côtes, se contracte sous l'action d'un courant électrique. Pouls : 84. Respiration : 18; poids du corps, 66 k.; quantité d'urine émise par jour, 1200 gr.; poids spécifique de cette urine : 1020; le nombre des globules blancs, déterminé d'après la méthode de Malassez, n'est pas augmenté.

Le cas suivant (3^e cas), mérite une attention particulière, car selon toute probabilité, un déplacement aussi peu considérable du foie et de la rate doit exister assez souvent. Si, jusqu'à ce jour, la science n'a noté que les cas types et négligé les cas tels que notre 3^e cas, cela tient probablement à ce que des ectopies aussi peu considérables passent facilement inaperçues, ou sont prises pour autre chose.

OBSERVATION XV. Même auteur. — *Loc. cit.*

Wassili Alexéieff, menuisier de 47 ans, originaire du gouvernement de Saint-Petersbourg, entre à la clinique le 16 janvier 1876, se plaignant d'une sensation de pesanteur et de réplétion dans l'hypochondre gauche, d'ictère et d'une lassitude générale. Des commémoratifs, il résulte que le malade a eu, il y a 28 ans, une maladie consistant en une douleur abdominale diffuse avec céphalée et même amnésie. Trois ans plus tard, le malade souffrit de nouveau, d'une douleur violente, brûlante, dans l'hypochondre droit, et de salivation. Cette douleur dura environ 3 mois (elle fut très violente pendant 8 jours); et depuis elle n'a jamais quitté le malade, apparaissant de temps en temps, mais sans durer longtemps. Le malade a remarqué de la tuméfaction de la région abdominale droite à l'âge de 11 ans. Cette tuméfaction, peu volumineuse au début, s'accrut peu à peu et atteignit insensiblement ses dimensions actuelles. L'ictère existe depuis 2 ans; il y a 2 mois il y eut de la toux; et il y a 25 jours un œdème insignifiant des jambes.

Etat actuel. — Malade très déprimé; peau de couleur jaune brunâtre; artères un peu scléreuses; rien d'anormal, ni au cœur ni aux poumons. Dans l'hypochondre droit, une voussure très sensible; le ventre est dilaté et tendu, surtout dans sa portion inférieure. Le foie commence sur la ligne mamillaire à la 6^e côte; sur la ligne axillaire à la 7^e, et, sur la ligne mammaire, il dépasse le bord inférieur des fausses côtes de 4 travers de doigt. Sa hauteur sur la ligne mamillaire est de 15 centim.; sur la ligne parasternale de 13 centim. Le bord inférieur est facile à sentir, assez résistant, on y reconnaît une éminence solide qui ressemble à la vésicule biliaire. Vers la gauche, le bord inférieur atteint presque la ligne médiane, où il se perd sous le bord inférieur des côtes. Quand on essaie de réduire le foie, il remonte sous les côtes, mais pas tout à fait; il dépasse toujours le bord inférieur du thorax d'un travers de doigt 1/2. La rate, commençant sur la ligne mamillaire à la 8^e côte, sur la ligne axillaire également à la 8^e, dépasse le bord inférieur du thorax de 3 travers de doigt. Quand on essaie de la refouler à sa place, la rate disparaît complètement sous les côtes; elle ne se contracte pas sous l'action d'un courant électrique. Pouls: 80; respiration: 20; poids du corps 63 kilogr. 700; quantité d'urine émise par jour, 1200 à 3890 gr.; poids spécifique 1008 à 10043, peu d'albumine, pigments biliaires.

OBSERVATION XVI. — W. PEPPER. *Medic. and. Surg. Reporter*. Philadelphie, 1877, t. XXXVII, p. 350.

W. S..., 41 ans, mariée, a eu sept enfants. Il y a sept ans, elle se leva le cinquième jour après la naissance de son troisième enfant et commença à reprendre ses occupations.

Une heure après, elle ressentit dans la région lombaire une douleur s'irradiant jusqu'à l'épigastre. C'était une douleur à la fois cuisante et térébrante. L'appétit était bon, mais la constipation forte. Le repos calmait la douleur, mais il y avait de la flatulence, des éructations et du ballonnement de l'épigastre ; la peau a une teinte jaunâtre qui semble naturelle. La malade ne tousse pas et est bien réglée. Quand elle est couchée, la peau de l'abdomen est flasque et ridée et l'on peut observer les mouvements péristaltiques de l'intestin. Le foie est situé en travers de l'abdomen, depuis une ligne verticale menée par l'épine iliaque antérieure et supérieure. En bas il descend jusqu'au niveau de cette même épine, et en haut, il remonte à un pouce 1/2 du rebord costal gauche.

Le sillon transverse peut être senti à un pouce à droite et au-dessous de l'ombilic. On sent aussi la vésicule biliaire. Le foie ne semble pas augmenté de volume. Il peut être entièrement délimité dans la cavité abdominale.

A la place normale du foie, il y a de la résonance. Si c'eût été un carcinome il y aurait eu de la cachexie et de l'amaigrissement. Et, malgré tout, la santé générale de la femme est bonne. C'est évidemment un cas de foie déplacé, par suite de la rupture ou du relâchement de ses ligaments suspenseurs.

OBSERVATION XVII. — LEGG. *St-Barth. Hosp. Rep.*, London 1877,
XIII, 141-148.

Une femme mariée, de 54 ans, vint avec une tumeur dans le ventre. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, à part une attaque de péritonite puerpérale. Trois grossesses, la dernière à 43 ans. Mère morte d'une tumeur dans le ventre, de nature indéterminée. Une sœur morte d'un cancer du sein.

La malade fait dater son affection de sa dernière grossesse. Peu après, elle se plaignit d'une sensibilité extraordinaire dans le ventre, sensibilité qui se transforma bientôt en une sensation de pesanteur à l'hypogastre.

Elle découvrit alors, au niveau de l'ombilic, une tumeur solide, changeant de place à chaque mouvement du corps. Elle pensa à une grossesse. Plusieurs médecins, appelés à l'examiner, firent des diagnostics différents : kyste de l'ovaire, cysto-sarcome, fibrome utérin. Dans ces dernières années la malade devint nettement hystérique.

La poitrine, les poumons et le cœur sont parfaitement sains. Mais il n'y a aucune matité hépatique dans l'hypochondre droit, pas plus sur la ligne axillaire que près de la colonne vertébrale. La rate est à sa place normale.

Cette observation est évidemment fort incomplète. Nous avons cru cependant devoir la donner, malgré son caractère d'incertitude.

OBSERVATION XVIII. — HENRI RODSEWITCH. *Saint-Petersb. Med. Wochenschr.*, 1879, t. V, 324.

Élisabeth D..., 18 ans, d'Ekaterinenbourg, vit depuis longtemps déjà à Nijni Novgorod dans de bonnes conditions. Les règles apparurent pendant la 13^e année et furent constamment normales ; elles duraient 4 jours toutes les 4 semaines ; jusqu'au mariage de la malade, les règles étaient précédées par des douleurs assez fortes. Le mariage eut lieu pendant la 18^e année ; le premier accouchement (enfant du sexe féminin, né à terme) le 14 avril 1879. La malade n'a pas allaité son enfant. La vie conjugale est bonne. Elle est de taille et de corpulence moyennes et la coloration de son visage est florissante. Viscères thoraciques : le cœur et les poumons ne s'écartent pas du tout de la normale. A la percussion, du côté droit, le son pulmonaire se continue directement en bas avec le son tympanique ; la percussion et la palpation dénotent l'absence du foie à sa place normale. En même temps, on peut palper, au niveau de l'ombilic, et dans le bas-ventre, la surface lisse d'un corps étranger qui, par sa forme et sa consistance, rappelle le foie, ce corps étranger était à l'origine très douloureux et presque immobile. La paroi abdominale possède un pannicule adipeux très riche et présente une foule de stries rouge pâle dans la couche de Malpighi (par suite de la grossesse) ; en outre, la malade est très chatouilleuse et, pour cette raison, tend fortement ses muscles abdominaux. Tout cela rendait très difficile la détermination exacte des limites et de la position du foie. En tout cas, le foie est abaissé jusqu'à l'ombilic et touche les os du bassin par ses parties inférieures. Les organes génitaux sont bien développés ; il y a du catarrhe dans le tiers supérieur du vagin ; la paroi vaginale est déchirée à gauche sur une longueur de 4 centimètres, presque jusqu'à la voûte du vagin ; la matrice est inclinée en arrière et atone ; sa cavité est le siège d'une faible sécrétion sanguinolente (depuis l'accouchement, 14 avril, jusqu'au 22 juin il s'écoule hors de la matrice, d'après les dires de la malade, du sang en plus ou moins grande quantité). La voûte du vagin est vide ; dans le rectum une grande quantité de paquets de matière fécale (la malade a de la tendance à la constipation). La peau des mains, des pieds, du tronc et du visage présente les nodules disséminés d'une éruption squameuse, les ganglions lymphatiques sont normaux ; l'enfant, bien que bouffi (il est nourri avec du lait de vache), ne présente pas de phénomènes syphilitiques (peut être est-il trop tôt encore) ; le mari, traité à Saint-Petersbourg, au moyen des onguents, n'a pas de symptômes de syphilis. L'appétit et le sommeil sont passables. La malade se plaint de douleurs dans le ventre, autour de l'ombilic, et de métrorrhagies qui persistent depuis l'accouchement avec de courtes interruptions. Les douleurs disparurent après l'emploi de médicaments opiacés, les hémorrhagies cessèrent grâce à l'ergotine et, sous l'influence de bains et d'un traitement spécifique, l'éruption pâlit et disparut.

Pendant son enfance, la malade a joui d'une bonne santé, a eu la rougeole et la petite vérole volante, mais n'a pas eu de scrofule. Dans sa 15^e année, la malade commença à mettre un corset et le porta constamment. Le corset était très grand et entourait la poitrine et presque tout le ventre ; au niveau de la taille il avait 53 centim. de tour. A l'époque de sa grossesse, comme les habits devenaient trop étroits, la malade serra encore plus énergiquement son corset pour cacher sa grossesse aux gens de la maison (le mariage n'eut lieu qu'au quatrième mois de la grossesse). L'accouchement eut lieu le 14 avril 1879 et, dès le 21 mai, la malade se mit en route pour Kazan. Dans une voiture violemment cahotée, elle parcourut 2 verstes sur le mauvais pavé des rues de la ville, puis dans les pentes menant à la Volga (Nijni-Novgorod se trouve à une certaine élévation au-dessus du niveau de la Volga). En chemin, la malade crut sentir que, du côté droit, quelque chose se retournait en lui causant de la douleur. La malade, une fois descendue de voiture au prix de douleurs violentes, dut descendre encore un escalier passablement élevé menant au bateau à vapeur. Sur le bateau les douleurs s'accrurent ; il y eut des nausées et des vomissements. A Kazan, la malade recourut à un médecin. Les douleurs diminuèrent. Le 28 mai, à Nijni-Novgorod, sans cause connue, il y eut un accès de douleurs violentes dans le ventre et la région ombilicale, des nausées et des vomissements ; ces phénomènes durèrent deux heures. Sur le conseil de son médecin, la malade prit du bromure de potassium et se leva après être restée 3 jours au lit. Quelques jours après il y eut de nouveau un accès de douleurs violentes, des nausées et des vomissements ; cet accès passa rapidement ; pendant ce temps il s'écoulait constamment du sang hors de la matrice.

Le 21 juin, je fus appelé auprès de la malade et je la trouvai dans l'état que j'ai décrit plus haut. En raison de la chute de la paroi abdominale infiltrée de graisse, et de la situation anormale du foie, je prescrivis, après un traitement spécifique, le port d'un bandage approprié.

OBSERVATION XIX. — ALEX. GARNETT. Luxation soudaine et accidentelle du foie. *Americ. Journ. of the med. science*, 1881, XXXI, p. 110-113.

Le 2 février dernier, je fus prié de voir M^{me} R..., mère de plusieurs enfants, âgée d'environ 50 ans, femme grande et vigoureuse ayant toujours joui d'une bonne santé. Tous ses accouchements avaient été normaux et relativement faciles. Elle m'apprit que, la veille, en se baissant précipitamment pour ramasser un objet sur le plancher, elle sentit dans le côté droit comme une soudaine torsion. Pour employer ses propres expressions, « se côtes avaient glissé et ses intestins étaient tombés ». Le tout accompagné de vives douleurs dans l'abdomen et la poitrine, de difficulté de la respiration, d'une sensation de suffocation et d'un sentiment de plénitude et de distension de l'abdomen du côté droit. Elle avait essayé de

marcher, mais comme cela lui occasionnait des nausées, des douleurs et des faiblesses, elle fut obligée de se coucher.

Un examen attentif révéla les particularités suivantes : Pouls 102. Température 37°,5. Respirations 22. Sensibilité à la pression et à la percussion dans tout l'hypochondre droit, l'épigastre et la région ombilicale. Circonférence à 5 cent. au-dessus de l'ombilic : 106 cent. 5 ; au niveau de l'ombilic, 108 cent. à 5 cent. ; au-dessous : 117 cent. La percussion du côté droit montre que la résonance s'étend, sur la ligne axillaire, depuis le sixième espace intercostal jusqu'au rebord des fausses côtes. Au-dessous de ce point, jusqu'à la crête iliaque, le son devient plus mat. Sur la ligne mammaire, en commençant supérieurement au même point, la percussion indique la présence d'un poumon sain, mais le son est plus élevé et ressemble à celui de l'emphysème à mesure qu'on approche du rebord costal et de la région épigastrique. A 5 cent. plus bas, en tirant vers la gauche dans la direction de la ligne médiane, la percussion donne un son clair et élevé, qui indique la présence de l'estomac un peu porté en avant. Au-dessous de ce point, on rencontre de nouveau une matité qui, s'étendant vers la région pelvienne, correspond précisément à celle qu'on avait rencontrée sur la ligne axillaire. Sur la ligne médiane, la sonorité s'étend de l'appendice xiphoïde à la région hypogastrique.

Malgré la minceur des parois abdominales, la palpation révéla des difficultés inattendues. Je trouvai cependant que toute la région mate à la percussion donnait au toucher une sensation de solidité, tandis que le côté opposé était rempli par les intestins distendus, sans doute le côlon ascendant et le côlon transverse écartés par la descente d'une sorte de corps solide. L'inspection de l'abdomen dans le décubitus dorsal montre un défaut de symétrie entre les deux côtés. Vue d'en haut et perpendiculairement, la cavité abdominale semble pleine du côté droit où l'on voit une saillie latérale qui descend jusqu'à la crête iliaque.

N'ayant jamais ni rencontré, ni lu aucun accident de luxation soudaine du foie, diagnostic auquel conduisaient les différents symptômes décrits ci-dessus, je fus poussé à déterminer la nature exacte de ce cas, et à arriver à un diagnostic satisfaisant.

Sachant que la santé de la malade avait toujours été parfaite jusqu'à cet accident et raisonnant par exclusion, je m'arrêtai avec satisfaction à cette idée que c'était là un déplacement soudain et violent du foie. Que l'organe tout entier avait été violemment projeté dans la cavité de l'abdomen, entraînant avec lui la partie mobile du diaphragme, grâce aux attaches ligamenteuses qui l'unissent à la partie inférieure de ce muscle, et que cette irruption soudaine dans la cavité abdominale d'une masse aussi volumineuse et aussi solide que le foie avait déplacé les intestins en les poussant vers la gauche, ainsi d'ailleurs que l'indiquait la percussion. Comme la douleur extrême produite par une pression très légère interdisait tout essai de remettre par la force l'organe dans sa position normale,

j'ordonnai simplement à la malade de rester dans son lit, les cuisses fléchies sur le bassin.

Le lendemain je fus surpris de trouver la malade sans douleurs et sans fièvre. La mensuration montrait, par rapport aux dimensions de la veille, une diminution de trois à cinq centimètres. L'anxiété avait diminué et la respiration était beaucoup plus facile. Le lendemain matin, quatrième jour après l'accident, la malade se trouvait bien et elle n'eût bientôt plus qu'un peu de sensibilité dans l'abdomen.

La circonférence de l'abdomen avait diminué de 12 centim. La percussion sur l'aire de la matité ancienne, montrait la présence d'une sonorité s'étendant jusqu'au rebord costal, la limite du côlon ascendant et transverse et celle de l'estomac étaient faciles à tracer. Enfin la matité avait reparu sur la ligne axillaire et sur celle du mamelon, depuis le rebord costal à la sixième côte, indiquant la présence du foie.

À la palpation, le corps dur et solide avait disparu et fait place à la sensation élastique particulière que donnent les intestins.

Le changement soudain de tous les signes physiques fournis par la percussion, la palpation et la mensuration me convainquit que mon premier diagnostic était certainement correct et que j'avais assisté à un cas de chute soudaine du foie, qui avait spontanément repris sa place, dans l'espace de trois jours.

Cette observation est intéressante au double point de vue anatomique et physiologique. L'attachement solide à la face inférieure du diaphragme par les ligaments falciforme, coronaire et latéraux semble rendre impossible un accident de cette nature sans l'intervention d'une violence assez considérable pour être infailliblement suivie de lésions fatales à la vie. Cependant les recueils de chirurgie militaire nous offrent de nombreux et remarquables exemples de l'étendue des désordres qui peuvent atteindre cet organe et être suivis de guérison.

Nous comprenons facilement les déplacements du foie tels que les a décrits Frerichs, produits sous l'influence de forces appliquées graduellement et progressivement, et entraînant dans le mouvement de descente la portion mobile du diaphragme, au point de le rendre convexe inférieurement (pleurésie, pneumothorax, etc.).

Au point de vue physiologique, il y a également quelques points très intéressants. Si nous considérons la part prise par un facteur aussi important que le diaphragme dans la respiration, et le vide créé à la base des poumons par sa descente soudaine, il est difficile de concevoir qu'un tel accident puisse ne pas produire une perturbation plus profonde de cette fonction. En outre, on comprend mal comment l'adhérence du diaphragme aux divers organes qui le traversent et aux nerfs phréniques qui s'y épuisent n'a pas déterminé, lors de l'abaissement brusque du diaphragme, des lésions plus désastreuses que celles qui ont été observées.

OBSERVATION XX. — TRUSH. A wandering liver. *Obst. Gaz. Cincinnati*, 1882, V, 337-343. Traduit in *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*. Paris, 1882, IV, 561-569.

Femme de 68 ans, mère de plusieurs enfants. Sept mois avant elle a découvert par hasard dans son abdomen une tumeur dure, et, peu après, a présenté une légère jaunisse. A fait plusieurs chutes graves dans un escalier. De la dernière datent de vives douleurs dans le côté droit, l'épigastre, etc.

On porta le diagnostic de kyste de l'ovaire. Par la percussion et la palpation, on trouve que la tumeur n'est pas située au centre, mais sur le côté droit de la cavité abdominale et s'étend seulement à deux pouces de la ligne médiane ; elle est de forme ovoïde et présente une extrémité beaucoup plus petite que l'autre. Son grand axe est à peu près transversal, un peu oblique de droite à gauche et de haut en bas.

La limite inférieure de la tumeur est nettement tracée, relevée, et semble privée d'attaches pelviennes. Au lieu de s'étendre dans l'excavation, elle arrive seulement à deux doigts environ de la branche horizontale droite du pubis. En outre, ce bord inférieur est un peu tranchant et de forme courbe, la convexité dirigée en bas et à gauche. Un petit corps piriforme, qui semble implanté dans la tumeur principale, se remarque à l'extrémité du bord inférieur au-dessous de la limite de la tumeur, qui, mal distincte en ce point, paraît s'enfoncer dans les profondeurs de l'abdomen. D'un bout à l'autre de la tumeur, la consistance est ferme, sauf au niveau du corps piriforme, qui est mou, élastique et donne l'impression d'un kyste modérément distendu par un liquide. A l'exception de deux ou trois petites aspérités nodulaires le long du bord inférieur, la surface de la tumeur paraît lisse et unie dans toute son étendue. Sa mobilité est considérable partout, surtout du côté de l'hypochondre droit.

Dans l'hypochondre gauche, une seconde tumeur plus petite se fait sentir, dure, noueuse, irrégulière sur ses bords et quelque peu sensible à la pression. Il n'y a aucune trace de matité hépatique ou splénique.

Évidemment la tumeur principale, qui, non seulement paraissait privée d'attaches au bassin, mais encore s'étendait à peine jusqu'au bord, ne pouvait être de nature ovarienne ; d'un autre côté, sa connexité évidente avec l'hypochondre droit, son prolongement manifeste dans cette direction, sa forme et l'état particulier de son bord inférieur, aussi bien que l'absence de matité dans la région hépatique, firent fermement penser que l'on se trouvait en présence d'un « foie mobile ».

La nature de la tumeur de l'hypochondre gauche était plus douteuse, on pensa cependant qu'il s'agissait là d'une « rate mobile ».

Le port d'une ceinture qui relevait le bord inférieur du foie jusqu'au

niveau de l'ombilic fut très bien toléré et amena du soulagement. Mais la malade, en proie à un ictère incessant, à une émaciation de plus en plus complète, s'affaiblit peu à peu et ne tarda pas à mourir.

AUTOPSIE. — A la section des parois abdominales, le foie se présentait immédiatement, situé en grande partie au-dessous du bord libre des côtes. Dans sa descente, il avait fait un quart de tour sur son axe transversal, et sa surface supérieure, convexe, était venue se mettre en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen. Le foie était un peu augmenté de volume; sa consistance partout ferme, était absolument dure au voisinage immédiat de la vésicule biliaire. Il y a là un amas d'un blanc jaunâtre qui présente deux ou trois nodules périphériques. La vésicule biliaire qu'on sentait à travers la paroi est distendue, bien que peu augmentée de volume. Son contenu est blanchâtre, épais. Dans le canal cystique et le canal cholédoque, oblitéré vers sa fin, il y a trois gros calculs biliaires. Le pyllore, la tête du pancréas sont entourés de tissu anormal dur et d'apparence fibreuse. Une masse analogue s'étend en travers de l'abdomen, au niveau de l'ombilic. Sa portion moyenne est recouverte par le lobe gauche du foie, son extrémité splénique est seule visible et constitue la partie accessible à la palpation qu'on avait prise pour une rate mobile. Celle-ci est profondément cachée derrière cette masse, très déplacée, petite et dure. Il est très facile de voir que cet énorme noyau pathologique représente l'épiploon infiltré et ratatiné. Il y a en outre des nodules de la grosseur d'une noisette disséminés un peu partout dans la cavité abdominale, sur le péritoine viscéral, pariétal et jusque dans l'hypogastre et la région inguinale.

La voûte du diaphragme est très déprimée, le ligament suspenseur allongé.

L'examen histologique confirma la nature carcinomateuse de ces diverses lésions. Il est invraisemblable que les noyaux hépatiques étaient secondaires.

OBSERVATION XXI. — CARL JACOBI MULLER. *Berlin. klin. Wchnschr.*, 1882, XIX, p. 230.

La malade a 50 ans. Au point de vue des commémoratifs, il faut noter qu'elle a été, dans sa jeunesse, bien portante et normalement constituée. Elle est réglée régulièrement depuis sa 16^e année toutes les trois semaines. Dans sa 11^e année, elle a été traitée un certain temps avec de l'huile de foie de morue, pour un commencement de phtisie, paraît-il.

Sept accouchements, le dernier il y a 9 ans.

Un avortement il y a 10 ans.

Tous ces accouchements ont été très faciles et très rapides, sauf 2 (présentation du siège et présentation transversale).

À l'âge de 28 ans, en retournant un objet lourd, la malade a éprouvé une douleur subite dans la colonne vertébrale. Elle put continuer de s'acquiescer de sa besogne, au moins de la partie la moins pénible, mais dut marcher courbée pendant 8 jours. À cette époque, et dans l'espace des 3 ou 4 années qui suivirent, une bosse se développa dans le dos, puis aucune modification ne survint dans l'aspect extérieur. Jamais de phénomènes de paralysie.

Pendant sa dernière grossesse, en 1872, la malade prétend avoir souffert longtemps d'œdème accompagné d'ictère. Une observation prise pendant son séjour à la Charité ne dit pas un mot de cet œdème; le diagnostic est ainsi conçu : ictère catarrhal. Comme prescription, l'infusion de rhubarbe et le bicarbonate de soude. On ne parle pas dans cette observation d'un déplacement quelconque du foie.

L'accouchement, qui eut lieu dans la maison de la malade, fut, à ce qu'elle dit, terminé par une sage-femme après six heures de manœuvres; il s'agissait d'une présentation transversale. Enfant vivant. Depuis cette époque, la malade remarqua des douleurs et des sensations de brûlure dans les flancs, de même que des sensations particulières dans le ventre. La malade prétend avoir ressenti souvent des douleurs particulières, avec la sensation que dans son ventre quelque chose tombait. Quand elle se retourne dans son lit, il lui semble qu'à l'intérieur quelque chose se déplace d'un côté à l'autre. Ces douleurs sont si violentes que la malade est complètement hors d'état de travailler. L'appétit est variable. Les selles régulières. L'urine est claire; la miction se fait sans difficulté.

État actuel. — Femme petite, bossue, dans un état moyen de nutrition. Taille 1 m. 39.

La colonne vertébrale présente une déviation vers la gauche, déviation qui commence à peu près au niveau de la 6^e vertèbre dorsale pour atteindre son maximum à la 12^e; là, la distance de la colonne à la ligne médiane du corps est d'environ 5 cent.; en même temps il y a de la cyphose. Plus bas, un peu de lordose de la colonne lombaire et une très légère scoliose. Pas de point fixe particulièrement douloureux à la pression. Le bord droit du bassin est à 1 centim. au-dessus du gauche.

En avant, le thorax paraît normalement constitué. Le bord inférieur du thorax, du côté droit, repose presque sur la fosse iliaque interne du même côté.

L'état des poumons est normal, à part les modifications entraînées par la difformité. Le cœur ne présente pas d'anomalies.

En avant, à droite, le son pulmonaire s'étend jusqu'à la 6^e côte; là commence, au lieu de la matité générale, un son tympanique assourdi, qui devient plus éclatant à mesure que l'on descend. De même, sur la ligne axillaire droite, comme en arrière et en dehors, on ne peut pas constater la matité hépatique à sa place normale.

L'abdomen est très proéminent : il y a de l'éventration. La paroi abdominale est très mince et relâchée ; on peut observer nettement les mouvements péristaltiques des intestins. Vieilles vergetures. Le côté droit paraît un peu plus proéminent. Tour du ventre au-dessus de l'ombilic : 94 centim.

A quatre bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic, existe une éminence marquée qui forme presque une crête à direction transversale. A cette place, on sent le bord tranchant d'une tumeur intra-abdominale moyennement consistante et se laissant déplacer à droite et à gauche. Quand la malade est couchée bien tranquillement, la tumeur s'étend vers la gauche à un pouce et demi au delà de l'ombilic ; vers la droite, ce bord tranchant, s'élargissant de plus en plus, s'étend jusque dans l'hypochondre où il devient impossible de continuer à le suivre. A l'union du tiers gauche et du tiers moyen de ce bord, on sent une indentation très nette, à partir de laquelle on peut suivre, sur la face inférieure de la tumeur, un sillon qui se dirige dans la profondeur. Il semble que, dans la profondeur, il y ait encore quelques sillons plus petits, mais, malgré la laxité très grande de la paroi abdominale, il est impossible de les palper exactement. La surface de la tumeur est lisse, convexe ; on ne sent pas de cordon qui puisse représenter le ligament suspenseur du foie. Sous le bord inférieur du thorax on ne sent pas le bord du foie.

La tumeur ne se meut pas pendant la respiration.

A la percussion, le son est tympanique dans tout l'abdomen, mat sur la tumeur, mais pas complètement.

Une tentative pour refouler la tumeur à la place qu'occupe normalement le foie échoue, même en s'aidant de la position déclive et, si l'on déploie tant soit peu de force, il y a un peu de douleur.

La matité splénique est nettement sensible, mais pas à sa place ordinaire, en raison de la difformité que présente la malade. Par l'auscultation, on n'entend rien que les bruits intestinaux.

Le bassin est assez fortement incliné. La crête iliaque droite est à peu près à 1 centim. au-dessus de la gauche.

Diamètres pelviens : d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 28 centim ; entre les crêtes iliaques, 28 centim. 5 ; d'un trochanter à l'autre, 31 centim. Rien d'anormal aux organes génitaux ni aux membres inférieurs.

OBSERVATION XXII. — SYMANOWSKY. *Ejened klin. Gaz.* St-Petersbourg, 1882, t. II, p. 65-81.

Le 18 septembre 1881, est entrée dans le service de M. le professeur Botkine une femme âgée de 53 ans, blanchisseuse, se plaignant de douleurs dans l'abdomen et d'une tumeur. La malade se portait assez bien antérieurement. Il y a 10 ans, elle a eu une légère hémoptysie ; depuis elle tousse souvent, mais l'expectoration est insignifiante. Elle a eu 13 enfants,

tous venus à terme et sans aucun accident au moment de l'accouchement.

Il y a environ 5 mois (au mois de mars 1881) la malade a senti subitement, la nuit, une douleur vive dans l'abdomen, qui l'a fait se lever de son lit. Au même moment, elle a senti, disait-elle, comme si quelque chose s'était décroché en elle.

C'est à partir de ce moment que la malade fait dater sa maladie. Quelques jours après, elle a aperçu, entre l'ombilic et les fausses côtes du côté droit, une tumeur sphérique, qui augmentait progressivement et est devenue douloureuse, par moments, surtout après le repas. Ces troubles étaient accompagnés de maux de cœur, et une fois il y a eu des vomissements. Peu de temps après, son entourage et la malade elle-même ont aperçu qu'elle devenait jaune; l'ictère augmentait de plus en plus et, à la fin, il est devenu très prononcé. Pas d'appétit, constipation et fort amaigrissement dans les derniers temps.

Examen de la malade. — La malade est très amaigrie et cachectique. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la coloration jaune bistre des téguments, surtout visible aux sclérotiques, à la poitrine, à l'abdomen et aux extrémités. Le système musculaire est peu développé, le tissu cellulaire sous-cutané atrophié, la peau ridée par places. La région abdominale, surtout dans sa partie supérieure et droite, est très saillante et un peu tendue. La partie inférieure paraît déprimée, surtout en comparaison de la partie supérieure. Pas d'œdème des pieds, mais un peu aux jambes, notamment sur la région antérieure. Pouls radial et carotidien régulier, assez rythmique, de moyenne intensité, 68 par minute. Respiration thoracique, 16 par minute. T. 37°.

À la percussion de la cage thoracique amaigrie, on trouve une légère diminution de tonalité dans la fosse sus-claviculaire droite en avant, et au-dessus de l'omoplate droite, en arrière. La matité cardiaque commence à gauche entre les 3^e et 4^e côtes, à droite dépasse d'un travers de doigt la ligne parasternale gauche et se termine au bord supérieur de la 6^e côte. Le choc du cœur est assez faible; il n'est pas visible, mais est perceptible à la palpation entre les 5^e et 6^e côtes, un peu à droite de la ligne mammaire gauche. La rate, à partir de la 9^e côte, n'est pas perceptible et ne paraît pas augmentée. À l'examen de la matité hépatique, qui fait défaut à sa place normale, on trouve un son pulmonaire du haut en bas des lignes mammaire et axillaire droites, en bas le son prend une nuance tympanique, devenant absolument mat au bord des fausses côtes, et se continuant avec la matité de la saillie anormale du côté droit de l'abdomen.

Dans la position debout, à la partie inférieure de l'abdomen, à 2 travers de doigt au-dessus du pubis, on trouve un son mat et une fluctuation assez nette. À la palpation de la partie supérieure de l'abdomen, on sent très nettement une tumeur dure, lisse, sans rugosités, qui se continue, dans sa partie supérieure, avec le bord inférieur des fausses côtes du côté droit et se termine au niveau de l'ombilic par un bord assez égal, dur, rappelant le bord du foie tourné un peu en haut.

On sent en même temps à la place correspondante au bord inférieur du foie, une échancrure pour la vésicule biliaire. A la place de cette échancrure, fait saillie une tumeur très nette, qui soulève la paroi abdominale, de la grosseur d'une orange, de consistance élastique dure; cette tumeur dépend très probablement de la vésicule biliaire. Elle est située au niveau de l'ombilic et un peu à droite; de là, le bord inférieur gauche de la tumeur monte à l'appendice xiphoïde et se cache par son bord mince un peu à gauche de l'appendice sous les fausses côtes du côté gauche. A droite, le bord de la tumeur monte en haut et se cache sous les couches musculaires de la partie latérale de l'abdomen. La partie supérieure plus saillante de cet organe se place immédiatement sous les fausses côtes.

La palpation s'accompagne partout de douleurs modérées. Toute cette tumeur est très peu mobile de haut en bas et un peu mobile de droite à gauche.

A l'auscultation de la région cardiaque, on ne trouve rien d'anormal; les bruits du cœur sont purs et d'intensité modérée. Au-dessus de la clavicule droite, on entend par moments, surtout aux premières respirations, des râles sous-crépitants; l'expiration est brève. En arrière, quelques râles sibilants au-dessus de l'omoplate droite.

L'urine est d'une coloration rouge foncé, transparente, sans dépôts; elle donne une réaction nette des pigments biliaires; pas de réaction des acides biliaires. Pas d'albumine. Les matières fécales sont à peine colorées et très fétides. L'expectoration est très faible, d'un caractère muco-purulent.

D'après le tableau clinique que nous venons de tracer et d'après les données de l'examen de la malade, on ne pouvait douter que nous ayons affaire à un foie déplacé et modifié dans son aspect, peu mobile, probablement à cause d'une fixation effectuée dans une place nouvelle. Comme il n'y avait aucune cause évidente ayant pu produire ce déplacement, on a admis le développement d'un néoplasme derrière le foie (selon toutes probabilités cancéreux); ce néoplasme aurait mécaniquement repoussé cet organe de sa place habituelle; cette supposition concordait bien avec l'état cachectique de la malade.

La malade après être restée dans le service 72 jours présentait les modifications suivantes:

La température était ordinairement normale, 36° 8-37°; par moments seulement elle présentait des oscillations fébriles, dépassant rarement 38° 5 et explicables nettement par les processus inflammatoires locaux, évoluant alors dans les cavités thoraciques de notre malade.

Ainsi la malade a eu d'abord une pleurésie sèche droite; ensuite une pleurésie sèche gauche; puis une péricardite sèche se manifestant nettement par des frottements pendant 10 jours.

La malade était tout le temps constipée et on lui faisait des lavements d'eau simple à la température de la chambre; après ces lavements, les matières sont devenues décolorées. Immédiatement après avoir mangé, la

malade se plaignait d'un gonflement de l'estomac et de douleurs dans l'abdomen. Ces douleurs diminuaient lorsque la malade mettait une ceinture spéciale, soulevant un peu le foie. La tumeur, qui, comme nous l'avons supposé, correspondait à la vésicule biliaire, a augmenté et est devenue tout à fait immobile, mais ses contours et sa forme se sont conservés. La quantité de liquide a progressivement augmenté; le volume de l'abdomen au niveau de l'ombilic s'est accru dans les derniers temps de 11 cent. La malade était très faible et restait couchée tout le temps. L'œdème a disparu. La quantité d'urine était de 1300-1500 c. c. par 24 heures, sa densité de 1009-1012; toujours très foncée avec beaucoup de pigment biliaire et de l'albumine par moments; pas d'éléments figurés; la quantité d'urée était très faible, 12,8 gr. par 24 heures. La malade toussait tout le temps avec une expectoration faible muco-purulente (on n'a pas trouvé de fibres élastiques dans les crachats).

Pouls 72 à 96 par minute. Après la péricardite sèche, la fonction du cœur faiblit et la malade succomba le 28 novembre en asystolie.

AUTOPSIE. — La dure-mère et les enveloppes du cerveau sont colorées en jaune. La pie-mère est mince, infiltrée et se sépare facilement. La substance du cerveau est pâle; dans les ventricules latéraux on trouve un peu de liquide séreux.

Le péricarde est partout adhérent au feuillet viscéral, en constituant une membrane de 5 millim. d'épaisseur.

La couleur du muscle cardiaque est d'un rouge brique. Sur la tunique interne de l'aorte et sur l'endocarde de l'oreillette, on trouve des plaques scléreuses. Les valvules sont sans altération. La cavité du ventricule droit est distendue, ses parois sont amincies, la musculature est de la même couleur que du côté du ventricule gauche. La tunique interne de l'artère pulmonaire et les valvules sont sans altération.

Les poumons sont adhérents par des fausses membranes anciennes.

Le tissu pulmonaire gauche est accessible à la pénétration de l'air, les parties inférieures sont infiltrées, et le liquide qui en sort, en pressant, est jaune. Au sommet on trouve des foyers caséeux.

Le poumon droit est partout adhérent à la plèvre et au diaphragme. Par places on y trouve des foyers grisâtres; au sommet, on trouve une masse de tissu induré grosse comme une noix, avec des nodules caséeux. La rate a 12,5 centim. de long, 9 centim. de large et 3 centim. d'épaisseur; sa coupe est compacte, d'une couleur brun foncé.

Le foie est petit, déplacé en bas et, par son bord inférieur, atteint l'ombilic. Sa longueur est de 23,5 centim., sa largeur de 14 centim. et son épaisseur de 7 centim. Ses ligaments sont longs et, sur le bord antérieur de sa face supérieure, on trouve une cicatrice étoilée de 7 centim. La vésicule biliaire dépasse le bord antérieur et est plus grosse qu'un œuf d'oie. Sa longueur est de 12 centim., sa largeur de 8 centim. Le canal cholédoque est obstrué. Le tissu hépatique est compact et d'une couleur jaune vert sale. La vésicule

biliaire est remplie d'un liquide aqueux. Près du canal cystique, on trouve une concrétion grosse comme une noisette, d'une couleur louche avec des bords d'un brun foncé, de forme arrondie. Les parois des voies biliaires sont amincies et, par place, distendues en cavités en forme de grappe, remplies d'un liquide transparent.

Le grand épiploon est chiffonné et se présente sous l'aspect d'une bandelette, rappelant le pancréas ; à la coupe on y voit des foyers caséux et il est adhérent à la circonférence de la vésicule biliaire. Tout ceci est la suite d'un processus inflammatoire.

Un processus analogue, avec développement d'un tissu cicatriciel, existe dans le mésentère, l'intestin grêle ainsi que dans les tissus qui environnent le canal cholédoque et la vésicule biliaire.

Ces tissus sont repliés en une masse sans forme et le mésentère est en outre raccourci.

Les reins sont petits ; leur substance est compacte et d'un vert sale.

La muqueuse de l'estomac est pâle et friable. La muqueuse de l'intestin grêle est pâle ; sa lumière est très diminuée et il contient beaucoup de matières fécales d'une couleur grise.

L'utérus est petit, un peu en antéflexion, sa muqueuse est pâle. Sa musculature est compacte et pâle. Les ovaires sont atrophiés.

Ainsi la supposition de l'existence d'une tumeur derrière le foie, qui aurait pu le déplacer en comprimant les voies biliaires et gênant mécaniquement la circulation dans le système porte, ne s'est pas justifiée à l'autopsie, comme l'avait fait croire l'état cachectique de la malade, et l'apparition successive des pleurésies et de la péricardite, affections qui pouvaient faire penser à la généralisation de la tumeur aux autres organes.

À l'autopsie on a trouvé le foie déplacé vers le bas, et, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer pendant la vie de la malade, très diminué dans ses proportions.

La tumeur de la grosseur d'une orange trouvée au niveau de l'ombilic était, en effet, la vésicule biliaire distendue par un liquide ; le canal cystique était complètement obstrué par un calcul biliaire gros comme une noisette ; le canal cholédoque est également obstrué.

Le mésentère et le grand épiploon présentaient des traces notables d'un processus inflammatoire avec développement d'un tissu cellulaire cicatriciel et ils étaient en outre raccourcis.

Où est donc la cause de toutes ces lésions ? Admettre qu'au commencement il n'y avait qu'une inflammation du mésentère, qui, en se terminant par la rétraction cicatricielle des tissus, aurait pu comprimer le canal cystique et conduire ainsi à la rétention de la bile dans la vésicule et au développement d'un calcul, est à peine possible. Il est plus probable que le calcul qui s'est développé dans la vésicule biliaire est resté pris pendant son passage dans le canal cystique. Ceci se passait, probablement, au moment que la malade désignait comme le début de sa maladie. On se

rappela qu'elle avait dit avoir, la nuit, subitement, senti une vive douleur dans l'abdomen et en même temps, comme si quelque chose s'y était décroché. Ces sensations coïncidaient probablement avec la période d'engagement du calcul dans le canal cystique. Trouvant dans le canal cystique le calcul biliaire et tout autour de la vésicule les reliquats d'une inflammation, ne serait-il pas plus exact d'admettre que le calcul, en provoquant une irritation, avait amené une inflammation chronique des parties environnantes, avec développement de tissu cicatriciel rétractile capable de déplacer le foie de son siège normal.

Mais pourquoi le foie est-il diminué de volume et pourquoi y a-t-il de l'ictère?

Comme l'obstruction du canal cystique n'est pas suffisante pour produire de l'ictère, il faut admettre que la cause de son apparition est le rétrécissement du canal cholédoque, comprimé jusqu'à occlusion complète par le tissu cellulaire cicatriciel développé. Là est aussi la cause de la difficulté de circulation dans le système de la veine porte, ce qui explique l'exsudat dans la cavité abdominale.

On sait que la rétention de la bile dans le foie, distendant les voies biliaires, amène l'augmentation de l'organe et que cette rétention longtemps prolongée, peut être la cause dans le tissu hépatique d'un processus inflammatoire qui, dans la majorité de cas, produit une augmentation considérable du foie.

Chez notre malade au contraire le foie était petit. Il existe, en effet, des cas où le foie, augmenté de volume au début, commence à diminuer et même à s'atrophier, et ces cas ont été observés dans l'ictère à longue évolution.

La difficulté et l'impossibilité du diagnostic de la colique biliaire dans notre cas, dépendait évidemment de ce fait, qu'il y a eu chez cette malade, n'ayant jamais souffert de coliques hépatiques, développement d'un calcul isolé, qui s'est insinué dans le canal cystique et n'a provoqué aucun des symptômes habituels de la colique hépatique. Ce phénomène peut dépendre des particularités du système nerveux de notre malade qui n'était pas très impressionnable et possédait une faible sensibilité aux phénomènes réflexes.

Voici comment le professeur Botkine a expliqué le déplacement du foie chez cette malade.

Ainsi, la cause principale du déplacement du foie n'est pas l'allongement anormal des ligaments, mais le processus inflammatoire, qui en se terminant par un raccourcissement des tissus enflammés a attiré le foie en bas, ce qui a provoqué consécutivement l'allongement de son appareil de maintien.

OBSERVATION XXIII. — Même auteur, *Loc. cit.*

Couturière, âgée de 40 ans. Elle se plaint des douleurs fréquentes dans

le côté droit, qui sont beaucoup plus intenses pendant la marche, lorsque la malade a du chagrin, ou lorsqu'elle reste courbée dans la position assise, nécessitée par son travail. Mais il lui suffit d'être couchée pendant 1 ou 2 heures pour que ces douleurs diminuent ou disparaissent complètement. A l'âge de 14 ans, elle a eu de l'ictère dont elle ne sait pas la cause. A l'âge de 21 ans, après la mort de sa mère, elle a eu des douleurs dans le côté droit, des maux de cœur, mais tout cela était de peu de durée et a disparu rapidement.

L'état morbide actuel, d'après ce que raconte la malade, a débuté il y a 3 ans. Il y a 2 ans, elle s'est aperçue que son ventre grossissait et elle y sentit une tumeur dure. L'appétit était toujours conservé; pas de constipation. Elle n'a jamais eu d'enfants. Règles normales. Du côté des urines, rien d'anormal, ni autrefois, ni à présent. Pas d'œdème des jambes.

Examen de la malade. — La malade est de taille moyenne, maigre. A l'inspection, on est frappé d'une saillie de la partie supérieure et surtout droite de l'abdomen, saillie qui descend et se termine au niveau de la ligne ombilicale.

A la palpation, cette saillie est compacte, dure, lisse, se termine en bas par un bord assez tranchant, rappelle nettement le foie par sa forme et par sa consistance, mais un foie déplacé en bas et comme retourné. D'après sa mobilité insignifiante à droite et à gauche et son immobilité complète en haut, on peut croire qu'il est fixé par quelque chose. La partie inférieure de l'abdomen est ballonnée; pas de liquide, pas d'œdème des jambes.

Léger ictère des sclérotiques, surtout marqué aux endroits couverts par les paupières, tandis que, sur les parties plus exposées à l'air et à la lumière, il est bien moins marqué.

A la percussion, on ne trouve rien d'anormal du côté des organes thoraciques.

La région de la rate dénote un son tympanique. A la percussion, sur les lignes mammaire et axillaire droites, de la 6^e à la 8^e côte, on trouve une diminution de tonalité, prenant plus bas un caractère tympanique et se transformant progressivement en un son mat, que l'on perçoit au niveau de la tumeur. Après les respirations profondes les limites de la matité varient.

Ainsi on a quelquefois la matité non pas à partir des 6^e et 8^e côtes, mais des 7^e et 9^e.

A l'auscultation de la poitrine, on entend, à droite et à gauche, une respiration vésiculaire nette, s'étendant cependant à droite sur une surface plus grande et atteignant en avant le bord inférieur des fausses côtes.

Aux fortes inspirations, la tumeur descend visiblement en bas, et par son bord inférieur au-dessous de l'ombilic.

Dans le décubitus dorsal la saillie paraît diminuer, mais ses bords sont plus perceptibles. De sorte qu'alors on peut dire avec plus de cer-

titude qu'on a affaire au foie et qu'on perçoit son bord inférieur, sur lequel on sent même l'échancrure qui existe dans l'organe normal. Le changement des limites de la matité s'effectue dans le décubitus dorsal pendant et après les inspirations fortes, ce qui est dû aux mouvements du diaphragme.

Étant donnée cette tumeur, rappelant par sa forme et par sa consistance le foie déplacé, et offrant à la percussion et à l'auscultation du côté droit des signes qui correspondent au déplacement de la matité hépatique absente en son siège normal et se déplaçant plus encore pendant les respirations fortes ; étant donné, en outre, que les bruits respiratoires du côté droit s'étendent à une surface plus grande, il n'y a aucun doute que nous ayons affaire à un déplacement du foie vers le bas.

Considérant le peu de mobilité à l'examen, il faut admettre qu'il est en outre fixé, et il faut rechercher une explication à cette fixation, étant donné, que, dans les cas de déplacement du foie à la suite d'un allongement de l'appareil suspenseur, le foie est très mobile et se réduit facilement.

Nous savons que le déplacement d'un organe, par exemple du rein, n'est pas sans influence sur ses fonctions. Comment alors le déplacement du foie influe-t-il sur celles de cet organe ? Dans notre cas, nous voyons de faibles troubles de l'appareil hépatique, se manifestant par un léger ictère, qui généralement, dans les cas du foie mobile, n'est pas très prononcé, comme l'a observé le professeur Botkine.

Une jaunisse plus intense a été observée par lui dans les cas de mobilité du foie avec symptômes de la colique biliaire, rétention de la bile et son absence dans l'appareil digestif. Ces observations, ainsi que les résultats négatifs de la recherche des calculs biliaires, lui ont fait admettre que, souvent, le seul déplacement ou la seule mobilité du foie peuvent donner lieu à des coliques sans coexistence d'un calcul biliaire.

Il est probable que l'arrêt de la bile, en distendant les voies biliaires provoque une série de phénomènes analogues aux coliques hépatiques. Ces accès de fausses coliques s'expliquent facilement par la coudure des voies biliaires, qui peut se produire à la suite des déplacements, coudure analogue à celles des uretères qui, dans la mobilité du rein, provoque des douleurs analogues aux coliques néphrétiques. En effet, il est rare que le déplacement du foie ne s'accompagne pas de douleurs plus ou moins vives dans la région hépatique, quelquefois accompagnées de vomissements, de diarrhée ou de constipation ; il est rare qu'il ne donne pas lieu à l'arrêt de la bile, à de l'ictère plus ou moins prononcé des sclérotiques et des téguments. Dans notre cas, ces douleurs existaient, la malade s'en était plaint, et, bien que dans ce cas le foie fût peu mobile, il était néanmoins déplacé. Ce déplacement a pu produire une coudure des voies biliaires, et il est possible que le foie, sous l'influence d'un afflux de sang plus considérable, soit devenu plus lourd et se soit déplacé plus encore.

Mais pourquoi l'organe est-il déplacé ? Il ne faut pas croire que la cause en soit dans l'allongement de ligaments, car, dans ce cas, le foie serait mobile et se réduirait à sa place.

Le premier cas avec autopsie nous montre que la cause de mobilité ne doit pas toujours être cherchée dans l'allongement des ligaments et que le déplacement peut dépendre d'autres conditions.

Trouvant, chez notre malade, un foie déplacé et presque immobile, il faut admettre qu'il y a sans doute eu, antérieurement, un processus inflammatoire qui s'est terminé par une rétraction cicatricielle des tissus, sous l'influence de laquelle le foie s'est déplacé vers le bas. Le fait que la malade, à l'âge de 14 ans, souffrait déjà d'ictère, parle en faveur de cette supposition. Des troubles de l'appareil hépatique existaient donc à cette époque; un peu plus tard, il y a 19 ans, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le côté droit.

Il est très probable, il est presque certain que, autour des canaux efférents du foie, s'était établi un processus morbide, ayant donné lieu une fois à de l'ictère et plus tard à de la douleur. Ce même processus a déplacé et ensuite fixé le foie.

OBSERVATION XXIV. — THEODORE SCHOTT. *Deutsche med. Ztg.* Berlin, 1882, III, 247 ; 259.

M^{me} A..., 39 ans 1/2, a eu à l'âge de 5 ou 6 ans de l'ictère, puis est revenue à une santé complète et a été réglée, à partir de sa 14^e année, régulièrement et sans douleur. Mariée dans sa 19^e année, elle a eu 7 grossesses; tous ses accouchements ont eu lieu sans aucune assistance opératoire, avec présentation de la tête, mais au cours de toutes les grossesses, il y a eu un léger degré d'éventration causée par la présence d'une grande quantité de liquide amniotique, tandis que les enfants étaient assez petits. Durant les deux derniers mois de la dernière grossesse, le ventre était tellement pendant qu'il ne pouvait être retenu que difficilement au moyen d'un bandage. En même temps, il y eut un œdème assez considérable des membres inférieurs et, de temps en temps, des vomissements. Après son accouchement (9 septembre 1877), la malade remarqua que son ventre était ballonné, comme météorisé; en même temps, il y avait une tendance à la constipation qui persista jusqu'au printemps suivant. Cependant la malade allaita son dernier enfant jusqu'au mois de juillet 1878; et non seulement elle se sentait bien, mais encore l'appétit ayant augmenté, l'embonpoint de la malade s'accrut rapidement et elle devint très grasse. En juillet 1878, il y eut des vomissements qui la firent renoncer à allaiter son enfant et qui se reproduisirent de temps en temps, au cours de cette même année 1878, sans que l'état général s'en ressentit sensiblement. En avril 1879, les vomissements se produisirent très fréquemment, et aux heures les plus variées; souvent le matin

à jeun, de temps en temps dans la nuit. Puis il y eut de la diarrhée; et, à côté des vomissements, il y eut des alternatives de diarrhée et de constipation persistante durant jusqu'à 8 jours; de plus une grande faiblesse, des vertiges fréquents, une sensation de faiblesse dans le bas-ventre et des défaillances, surtout à la suite d'efforts pénibles, de la pression abdominale pendant les vomissements ou la défécation de matières dures. En même temps, la malade maigrissait considérablement; son entourage estimait la diminution de poids à 30 ou 40 livres. Pendant l'automne et l'hiver 1879-1880, la malade se présenta à moi avec les symptômes d'un catarrhe stomacal chronique que le traitement prescrit fit bientôt disparaître; un léger degré de bronchite, dont la malade avait souffert au cours des hivers précédents disparut également. Pendant toute l'année 1880, la malade reste très faible; en décembre 1880 les vomissements et les vertiges reparurent, joints à des défaillances. En même temps, de la dysacousie et des tintements d'oreille indiquaient que la membrane du tympan du côté gauche était légèrement déprimée. Les vomissements, les vertiges et les défaillances durèrent pendant tout l'hiver de 1880 et le printemps de 1881; c'est pourquoi, à la fin du mois de mai de cette année, la malade vint me trouver à Nauheim. A cette époque, l'état de la malade dont on en retrouve aujourd'hui la plupart des détails, était le suivant :

M^{me} A... est de taille moyenne, le teint de son visage est pâle. Les muqueuses de la conjonctive et des gencives sont un peu pâles, mais non ictériques; les organes de la respiration ne présentent rien d'anormal; quand on examine la malade couchée, on trouve que la paroi abdominale est très délicate et très mince; quant au pannicule adipeux, il est presque nul. La région pylorique est un peu sensible à la pression; l'épigastre et l'hypochondre droit sont aussi un peu bombés et douloureux à la pression (en ce point la malade éprouve de la douleur quand elle vomit); par une palpation plus soignée, on sent dans tout l'hypochondre droit une masse contenue dans l'abdomen, de consistance assez compacte, et dont le bord inférieur, bien marqué, s'étend, au niveau de l'ombilic, à 5 centim. au delà de la ligne médiane. De ce point, on peut le suivre vers la crête iliaque droite, dont la tumeur n'est éloignée que de 3 cent. Il est impossible de pénétrer dans la profondeur entre le bord inférieur du thorax et le corps en question; au contraire, on peut très facilement passer en arrière de son bord inférieur et arriver ainsi sur sa face inférieure, où du reste on ne trouve rien de bien net. A la percussion, on obtient à droite jusqu'au bord supérieur de la 6^e côte, le son clair dû aux poumons; de ce point jusqu'au bord supérieur de la 9^e côte, une résonance tympanique, tandis que, de la 9^e côte jusqu'au bord inférieur de la tumeur, la matité règne dans la région abdominale droite. Sur la ligne médiane et à quelques centimètres à gauche, à partir de la 6^e côte gauche, on peut reconnaître, au-dessous de la matité normale du cœur,

jusqu'à 7 centim. au-dessus de l'ombilic (c'est-à-dire à 9 centim. au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde), l'existence d'une zone nettement tympanique; à partir de ce point, la matité règne jusqu'au bord inférieur de la tumeur, tel que l'a déterminé la palpation.

Quand la malade se lève, la tumeur descend de plusieurs travers de doigt, de telle sorte que ce bord inférieur tranchant se dispose suivant une ligne s'étendant à 2 ou 3 centim. au-dessous de l'ombilic jusqu'à la crête iliaque droite. La zone tympanique séparant la tumeur de la crête iliaque a maintenant disparu.

Que la malade soit debout ou couchée, on peut refouler la tumeur en question sous les côtes; dans le décubitus, rien de plus facile, mais, dans la station verticale, on doit avoir recours à une pression assez forte, facilement douloureuse; néanmoins, la réduction réussit constamment sans grande difficulté. Quelle que soit la position de la tumeur, la région du rein droit donne une matité qui correspond constamment à celle du côté gauche. La rate, que l'on trouve à sa place normale, n'est pas hypertrophiée; on ne constate ni hernie ni distension des muscles grands droits; la colonne vertébrale a sa configuration ordinaire et l'examen des autres viscères abdominaux et pelviens ne révèle rien d'anormal. En dehors des accidents cités plus haut, la malade ne nous apprend rien d'intéressant.

Si maintenant nous récapitulons tous ces signes objectifs et subjectifs, il n'est pas douteux qu'il s'agisse ici d'un cas de foie flottant; tous les symptômes exigés à juste titre par Thierfelder existent dans notre cas; en effet :

1^o Dans la région abdominale droite moyenne et la région abdominale droite inférieure, se trouve une tumeur dont les propriétés physiques correspondent à celles du foie.

2^o Entre le poumon et le bord supérieur du foie, à la face antérieure du corps et jusque dans la région du flanc droit, existe une zone tympanique nette. Je ferai observer, en même temps, qu'il en existe une autre entre le cœur et le bord supérieur du foie.

3^o Que la malade soit debout ou couchée, la tumeur peut être refoulée à la place qu'occupe normalement le foie, sous les côtes. On ne doit pas songer ici à une confusion comme dans le cas décrit par P. Müller. La tumeur a non seulement la consistance du foie, mais encore son volume et sa configuration normale; le bord inférieur, qui va en s'émoussant à mesure qu'on s'avance vers la droite, en fournit une nouvelle preuve; en outre il n'y a jamais eu de symptômes de péritonite indiquant une inflammation chronique de l'épiploon. On doit également rejeter l'hypothèse d'une tumeur de l'ovaire, car le corps en question se laisse refouler à fond vers le haut et alors la région abdominale inférieure donne un son tympanique clair; l'exploration combinée des viscères pelviens permet de conclure avec certitude contre une telle hypothèse. On ne pourrait confondre la tumeur qu'avec un rein flottant ayant acquis un

volume énorme grâce à de l'hydronéphrose, ou à des néoplasmes. Abstraction faite des résultats de la percussion des reins, la constitution même de la tumeur, son bord inférieur tranchant, la possibilité de le ramener à la place occupée par le foie à l'état normal et remplie chez notre malade par des viscères abdominaux rendant un son tympanique, constituent autant de preuves contre l'hypothèse d'un rein flottant.

Ainsi, tous les signes tendent à prouver que cette tumeur, mobile dans des limites si étendues, est identique au foie et que son lobe gauche surtout prend part à ses mouvements.

Mais il y a encore un point important du diagnostic différentiel à considérer, point que Léopold seul a effleuré, de tous les auteurs qui ont traité la question de l'hépatoptose, qui partout ailleurs est passé sous silence, et auquel on n'a pas prêté l'attention qu'il méritait; à savoir la preuve clinique rigoureuse qu'il s'agit réellement d'un foie flottant, c'est-à-dire d'une séparation du foie et du diaphragme par allongement de leurs ligaments d'union. On pourrait prétendre en effet que le diaphragme s'est, en même temps que le foie, déplacé vers le bas. Naturellement, il y aurait dans ce cas un gonflement considérable du poumon droit, par conséquent un emphysème partiel; et l'existence d'une zone tympanique entre le poumon et le foie ne suffirait pas dans tous les cas à nous garantir d'une erreur. Mais l'existence d'une zone tympanique entre la matité due au foie et la matité cardiaque est un signe de certitude qui permet de rejeter cette hypothèse. Elle prouve qu'il s'est glissé entre le cœur et le foie un viscère contenant de l'air, ce qui n'est possible que si le foie s'est détaché du diaphragme pour lui céder la place.

Quant au traitement du cas en question, j'ai renoncé à l'application d'un bandage de corps fixe pour deux raisons, savoir :

1^o Parce que les personnes malades de l'estomac ne supportent généralement pas une pression considérable qui s'exerce sur tout le pourtour de leur corps.

2^o Parce que, par ce procédé, le foie n'est pas maintenu du tout ou du moins très peu.

C'est pourquoi j'ai employé un bandage à pelote mobile que j'ai fait construire à cet effet. Elle a un diamètre longitudinal de 16 centim.; sa plus grande largeur, en avant, est de 7 1/2 à 8 centim., elle est mollement capitonnée, a la forme d'un coin creux à base inférieur et est mobile autour d'un arc horizontal (c'est-à-dire que sa partie inférieure élargie se tourne en dedans). Au moyen d'une telle pelote, on imite le mieux possible la pression que l'on exerce quand on cherche à maintenir, avec le creux de la main, le foie à sa place normale.

L'application du bandage se fait comme pour un bandage herniaire ordinaire. On réduit le foie dans le décubitus avec la main droite, on applique le bandage avec la main gauche, finalement on place la pelote horizontalement au moyen de la vis.

La malade, que j'ai vue pour la dernière fois il y a 8 jours, a bien supporté son bandage, qu'elle porte depuis 10 mois; elle est devenue beaucoup plus forte; en la pesant, on a constaté une augmentation de poids de 14 livres en 9 mois; la graisse de la paroi abdominale a visiblement augmenté. La malade ne peut pas encore se passer de son bandage; si elle l'enlève seulement pendant une heure, on voit se produire des phénomènes de vertige et des nausées.

OBSERVATION XXV. — J. MAACK. *St-Petersb. med. Wchnschr.*, 1884, p. 410.

Mademoiselle N. N..., 35 ans, originaire d'une famille nombreuse et bien portante, constamment en bonne santé et bien constituée, de tempérament vif, sentait depuis l'automne de 1873 une tumeur, située sous le bord inférieur du thorax, du côté droit : le diagnostic, confirmé par un clinicien éminent de Leipzig, concluait à un kyste hydatique. En conséquence, sur le conseil du Dr C. Gerhard, nous avons essayé, en administrant du picronitrate de potasse, de provoquer une atrophie du ver vésiculaire. Nous n'avons obtenu qu'un ictère qui a duré fort longtemps et une disparition totale du goût; même beaucoup plus tard, on ne put constater aucune modification dans la tumeur hépatique; il semblait, au contraire, à la malade que la tumeur augmentait peu à peu; l'état général, bien que variable, était très bon, et il n'y avait pas d'autres accidents. En 1881, la malade se trouvant de nouveau à Leipzig, un autre médecin lui déclara que son cas était du plus haut intérêt, mais ce fut tout, et comme la malade se sentait assez bien, l'examen ne fut pas poussé plus loin. C'est seulement au mois de mai de la même année qu'apparurent des accidents et des douleurs du côté du bas-ventre, en même temps qu'une grande lassitude et de la nervosité. Passagèrement il y eut sur la cuisse droite, à un travers de main au-dessous du ligament de Poupart, une tumeur grosse comme un œuf de poule, que la malade fit disparaître elle-même par des badigeonnages à la teinture d'iode et des compresses froides. Il ne nous restait qu'à pratiquer l'examen du ventre et les résultats en furent les suivants : Il était impossible de trouver le foie à la place qu'il occupe normalement; aussi loin que s'étendaient les côtes, on trouvait à la percussion un son net et on entendait le bruit respiratoire. Dans la région abdominale droite inférieure, au-dessous de l'ombilic, par conséquent dans la région iléo-cæcale et reposant sur l'os iliaque droit, on sent nettement le foie sous forme d'une masse compacte, hémisphérique, à convexité supérieure. A sa surface, on ne peut pas constater de saillie révélant la présence du kyste hydatique. Il semble donc que ce kyste ait diminué de volume, peut-être à cause de l'emploi du picronitrate de potasse. Probablement, l'atrophie de la poche kystique a été suivie d'un relâchement du liga-

ment suspenseur du foie; et comme la force de ce ligament correspond à peine au poids du foie, que, par conséquent, le foie est maintenu dans sa position par la pression des muscles de la paroi abdominale, il fallait, dans le cas en question, autre chose pour expliquer l'abaissement du foie.

Il résulte des communications publiées sur l'hépatoptose que cette affection n'a été observée jusqu'ici que chez les femmes ayant eu des enfants, et qu'un bandage bien conditionné suffit toujours, malgré le relâchement considérable de la paroi abdominale, à maintenir le foie en place et à diminuer considérablement l'intensité des symptômes douloureux et autres. Dans notre cas, toute pression s'exerçant de bas en haut sur le foie abaissé s'accompagne, quelle que soit la position de la malade, de douleurs violentes, d'oppression, de vellétés de syncope. Par conséquent, il est impossible de refouler le foie à sa place normale et de l'y maintenir. Les bandages sont difficilement supportés et augmentent les douleurs, surtout pendant la marche. Actuellement, le foie est souvent le siège de douleurs s'étendant dans la région précordiale, douleurs qui sont devenues particulièrement intolérables au cours d'un catarrhe bronchique aigu dont la malade a souffert pendant l'été. Le sommeil et l'appétit sont encore bons et jusqu'à ce jour, il n'y a pas trace d'une affection catarrhale de l'intestin.

OBSERVATION XXVI. — G. KISPert, de Madrid. *Berlin. klin. Wchnschr.*, 1884, XXI, 372-375.

Francisca Brizuela, 43 ans, née à Fuente de Valdepero, province de Palencia, taille 1 m. 47, s'est présentée pour la première fois dans mon service à la fin d'avril 1883. Elle a eu la rougeole à 5 ans, et à 8 ans elle a quitté son pays natal, a été servante à Valladolid et à Burgos et est depuis 13 ans à Madrid.

Elle a commencé à avoir ses règles à 16 ans, les a eues régulièrement jusqu'à 20 ans, puis irrégulières; s'est mariée à Madrid à 29 ans, a eu 2 accouchements et 4 avortements. Le premier accouchement (au forceps) a eu lieu il y a 9 ans; le dernier il y a 6 ans, spontanément; il y a deux ans, il y a eu encore un avortement.

A peine la malade était-elle depuis un an à Madrid, qu'elle a commencé à avoir des fièvres avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, fièvres qui n'ont pas encore complètement disparu.

La malade a toujours eu à exécuter des travaux manuels pénibles, elle avait beaucoup à laver, à porter et à lever de lourds fardeaux.

Déjà il y a 7 ans, elle souffrait de douleurs dans la région gastrique et observait que cette région se tuméfiait peu à peu; en même temps elle souffrait de douleurs dans le bas-ventre; il lui semblait qu'elle avait un poids très lourd, en particulier sur le côté droit, et elle ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. Depuis 2 ans, la malade a remarqué dans

le côté droit de l'abdomen, une tumeur qui lui cause de temps en temps une douleur fixe ; elle se plaint d'éruptions et d'une sensation acide à l'estomac. Les selles sont normales, la menstruation est irrégulière et faible, l'urine est normale.

Le corps de l'utérus est petit, son col est hypertrophié ; les ovaires sont à peine sensibles, très petits ; la matrice est un peu abaissée, facilement mobile. L'appareil ligamenteux est très relâché. Il y a un peu de cystocèle. La rate, nettement hypertrophiée, s'étend jusqu'à 4 cm. 5 sous le thorax du côté gauche. La peau et les sclérotiques sont de couleur subictérique ; il y a de la pâleur du visage ; les autres parties du corps exposées à la lumière sont extrêmement pigmentées. Il y a au cœur des bruits anémiques et des bruits très intenses dans les veines jugulaires. Les glandes mammaires sont complètement atrophiées et la graisse y est rare. Dans les bronches droites de légers ronchus ; le poumon droit est emphysémateux. Dans ses grossesses antérieures, la malade a eu de l'éventration qui est encore nettement marquée.

Tour du ventre à l'ombilie : 83 cent., pendant l'expiration ; 83,4 pendant l'inspiration ; à la ceinture : 78 cent. Distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilie, 16 cent. ; de l'ombilie à la symphyse, 17 cent., 8 ; de l'ombilie à l'épine iliaque antérieure et supérieure : à gauche 17 cent. ; à droite 18 cent., 7.

La paroi abdominale est facile à déprimer, presque totalement dépourvue de graisse ; le côté gauche bombe un peu moins que le droit. La palpation abdominale révèle l'existence, dans la région épigastrique, d'une petite tumeur de forme sphéroïdale. Dans la région ombilicale, à droite, s'étendant en partie dans la région lombaire droite, en partie dans la portion supérieure et interne de la région hypogastrique, se trouve une tumeur plus grosse, de forme ellipsoïdale. Ces deux tumeurs se continuent l'une avec l'autre à la façon d'un sablier. La surface de cet ensemble est polie ; sa consistance est modérément compacte ; il n'y a nulle part de fluctuation. La tumeur sphéroïdale d'en haut a environ 6 cent. de diamètre transversal ; la tumeur ellipsoïdale d'en bas a environ 14 cent. L'ensemble a, sur sa ligne médiane, une longueur de 21 à 22 cent. Dans le décubitus, cette ligne prend une position telle, que son extrémité supérieure se trouve environ à 1 cent., 5 à gauche du milieu de l'appendice xiphoïde, et que son extrémité inférieure est à 12 cent. au-dessous de l'ombilie, à 8 cent. à droite de la ligne blanche. Cette tumeur est nettement mobile à droite et à gauche ; on peut la refouler un peu dans l'hypocondre droit, mais pas à fond, ce qui tient probablement à ce que le diaphragme est un peu abaissé en raison de l'emphysème pulmonaire. Au contraire, la paroi abdominale se laisse refouler assez profondément dans l'hypocondre droit. La percussion de cette région ne donne aucune matité, ni en avant, ni en arrière, ni sur le côté. A l'épigastre seulement, un espace très petit, correspondant au sphéroïde précité, présente de la

matité, de même que dans les points qui correspondent à la tumeur. A droite de la tumeur, on peut retrouver, par la percussion et par la palpation, le côlon ascendant, et le côlon transverse court au-dessous de la tumeur. Sur la tumeur en question, et si l'on n'observe que superficiellement, on ne constate pas de bord bien marqué. Mais si, déprimant avec la main la paroi abdominale, on suit la surface latérale de la tumeur en allant vers la profondeur, on peut trouver une dépression dans laquelle il est possible d'introduire les doigts de la main exploratrice, manœuvre qui soulève un pli longitudinal ; donc sur la face inférieure la tumeur présente un aspect enroulé. Après déroulement du côté gauche de la tumeur, on peut sentir nettement un bord marqué qui présente deux incisures. L'une de ces incisures correspond exactement au sillon qui sépare les deux moitiés de la tumeur, elle répond à l'incisure interlobaire ; un peu plus près de l'ombilic, environ à 7 centim. de cette incisure, on en observe une seconde, c'est l'incisure de la vésicule biliaire. On ne peut pas constater avec évidence la présence de la vésicule biliaire, et, en raison de l'enroulement du bord antérieur, il ne saurait en être autrement.

Les incisures appartiennent en fait au foie, comme le prouve ce qui suit :

D'abord, il n'y a pas de matité correspondant à la position normale du foie ; ensuite, tous les symptômes pouvant faire croire à un foie atrophie ou très diminué de volume sont absents. En l'absence de toute fluctuation, il serait téméraire de considérer cette tumeur comme une hydronéphrose avec ou sans rein flottant. De plus, pendant toute la durée de l'observation, soit 10 minutes, la tumeur n'a nullement changé de forme ou de grosseur ; sa grande mobilité et surtout la facilité de ses déplacements vers l'hypochondre droit sont autant de signes contraires à l'hypothèse d'hydronéphrose. Contre une tumeur maligne abdominale quelconque, on a la durée de l'affection. On peut également exclure l'idée d'un fibrome ou d'un lipome ; aucune de ces tumeurs ne présenterait l'enroulement caractéristique. Il ne faut pas non plus songer à une tumeur de l'ovaire, en raison de son mode de développement de haut en bas. Nous pouvons également exclure, dans notre cas, comme la tumeur occupe la majeure partie de la moitié droite du ventre, l'idée d'une tumeur de l'épiploon ; une telle tumeur a été, dans un cas de P. Müller, prise pour un foie flottant, diagnostic qui fut rectifié par la nécropsie. Par conséquent, la tumeur doit être considérée comme le foie déplacé.

Pour ce qui est de l'enroulement des bords de la tumeur, il est facile à comprendre. Nous savons que la courbure particulière du foie disparaît quand l'organe perd ses rapports normaux ; que si on enlève le foie d'un cadavre et qu'on le place sur une surface plane, ses sillons s'élargissent et le viscère s'aplatit à un degré qui est très éloigné de l'état morphologique. Pour des motifs semblables, dans notre cas, le foie ap-

pendu au ligament suspenseur, obéissant à la loi de la pesanteur et à son élasticité propre, s'est approché de la forme sphérique ou ellipsoïdale par enroulement de ses bords, de même que par son élasticité le cristallin se rapproche de la forme sphérique si la traction exercée sur son bord par la zonule vient à diminuer.

Quant à la forme en tablier de notre foie déplacé, elle est le signe très net de l'existence d'un sillon de constriction qui dans notre cas atteint le point d'insertion du ligament suspenseur sur le foie, et l'incisure interlobulaire. Sur cette ligne de constriction, on croit reconnaître, non pas avec une certitude absolue, il est vrai, mais avec une probabilité très grande, l'existence d'un cordon large et épais auquel le foie semble suspendu, ce qui expliquerait sa grande mobilité. Ce ligament suspenseur ne s'est pas encore assez allongé vers le bas : c'est pourquoi le foie est encore libre par son bord inférieur. Comme, il y a neuf mois, la partie supérieure du foie déplacé, le lobe gauche enroulé sur sa face inférieure paraissait à la palpation s'étendre plus loin vers la gauche, il faut qu'antérieurement le ligament suspenseur ait été encore plus court que maintenant. On doit donc admettre que le foie s'est abaissé pour des raisons quelconques, la partie la plus lourde (le lobe droit) en avant.

OBSERVATION XXVII. — HERBERT W. SEAGER. *Brit. Med. Journ.*, 1885, II, 599.

J'observe en ce moment un cas de déplacement du foie qui paraît s'être produit spontanément. Il s'agit d'une femme d'environ 45 ans, alcoolique. Je la soignais depuis quelque temps pour des troubles dyspeptiques imputables à ses habitudes. Il y a cinq jours, je la vis pour la première fois au lit, et elle appela alors mon attention sur une tumeur solide dans l'abdomen, qu'elle me dit avoir remarquée pour la première fois deux ou trois jours auparavant. A la palpation, je trouvai qu'il s'agissait du foie un peu augmenté de volume et légèrement bosselé. Il semblait obliquement couché, le bord antérieur dans la région inguinale droite, la face supérieure du lobe droit s'étendant distinctement de la région lombaire à la région ombilicale du même côté. Le lobe gauche, en partie rejeté sous les côtes, n'était pas aussi complètement déplacé que le lobe droit. La percussion sur la région hépatique donnait un son clair, presque tympanique. Il n'y avait ni douleur, ni sensibilité, sauf au niveau du rebord costal droit. Une pression légère et douce pouvait remettre l'organe dans sa position première.

La malade n'avait pas senti son foie changer de position, et comme, auparavant, je n'avais pas songé à l'examiner, je ne puis dire depuis combien de temps le foie est dans sa situation actuelle. La malade a eu une bronchite grave, avec toux, mais qui n'a pas duré plus d'une quinzaine de jours. Elle a eu aussi des vomissements, mais plusieurs jours

avant la première apparition de la tumeur. Les parois de l'abdomen sont minces et la forme du foie, ainsi que son bord inférieur, peuvent être distinctement sentis avec les doigts. Il y a une légère sensibilité au niveau de la vésicule biliaire. La peau et les conjonctives sont certainement jaunes, mais moins qu'auparavant.

Il est probable que, les intestins n'étant plus distendus par les gaz, le foie sera, par son propre poids, tombé dans l'abdomen pendant une crise de vomissements.

OBSERVATION XXVIII. — RUBANOWITCH. *Voenn. med. J.* St-Petersbourg, 1884, 37-56.

Le malade est un soldat qui est entré dans mon service à l'hôpital militaire de Tyraspol, le 24 novembre 1876.

Renseignements. — Trois ans environ avant son entrée à l'hôpital le malade a senti une douleur dans l'abdomen et a remarqué en même temps une tumeur au-dessous de l'hypochondre droit, juste au moment où il venait de scier du bois et le transportait chez lui. Cette tumeur, au début douloureuse et du volume d'un œuf, augmenta petit à petit jusqu'à prendre le volume actuel. Les douleurs dans l'abdomen au-dessous de l'hypochondre droit et les sensations pénibles — « cela me tire en bas » (expression du malade) — sont devenues constantes lorsque le malade reste debout et sont plus fortes le matin à jeun. Le malade montre la partie supérieure du sternum d'où « cela le tire en bas » pendant la station debout. Ces douleurs s'irradient de la partie supérieure du sternum à l'omoplate, au bras, à l'avant-bras, aux doigts de la main droite, et aux orteils du pied droit. Pendant le travail ces douleurs deviennent plus fortes, s'accompagnent de vertiges, d'engourdissement des mains et des pieds, si bien que le malade est obligé d'interrompre chaque fois son travail. Il éprouve des étourdissements, « il voit jaune » le matin à jeun ou pendant le travail. Après avoir mangé, il se sent mieux, de même que lorsqu'il est couché; dans cette position, il respire mieux et la sensation du « tiraillement en arrière » est supportable. Il ne se plaint pas de troubles du tube digestif et n'a jamais été malade antérieurement.

Examen du malade. — Le malade est âgé de 42 ans, de taille et de constitution moyennes. Les systèmes musculaire et osseux sont bien développés; lorsqu'il est resté longtemps debout, la peau des mains et de la face du malade devient cyanosée.

La cage thoracique est bien développée. A la percussion, on entend partout un son pulmonaire clair et résonnant, qui descend en avant jusqu'au bord de l'hypochondre et sur la ligne axillaire jusqu'au 9^e ou au 10^e espace intercostal (à l'examen du malade debout).

A l'auscultation, on entend un bruit vague et faible; au-dessous des

omoplates, on entend un très léger bruit vésiculaire ; à l'inspiration, on voit le soulèvement des côtes en haut, tandis que la paroi abdominale est immobile ; la respiration est thoracique. Le cœur, à la percussion, est masqué par le son pulmonaire ; le choc du cœur n'est pas visible lorsque le malade est tranquille, mais est légèrement sensible dans le 5^e espace intercostal ; après quelques mouvements du malade, il augmente d'intensité et on l'aperçoit dans les 5^e et 6^e espaces intercostaux, en dehors de la ligne mammaire.

Bien que le choc de la pointe du cœur soit affaibli et pas toujours sensible, la pulsation systolique est nettement visible dans la région épigastrique ; les bruits du cœur sont nets.

L'abdomen, lorsque le malade est debout, est distendu sur toute la longueur de la moitié droite ; dans la moitié gauche, la paroi abdominale fait saillie en forme de triangle, dont la base est sur la ligne médiane, et le sommet sur la ligne mammaire prolongée sur l'abdomen. Dans la région de la saillie de la paroi abdominale, à droite et à gauche, la percussion donne un son absolument mat et on perçoit un corps solide dont la forme et le volume ressemblent à ceux du foie. Ce corps a une surface ronde, il est dur au palper, non douloureux, lourd, très descendu dans la cavité abdominale, et convexe dans la moitié droite de l'abdomen à la limite inférieure. En bas, dans la moitié droite de l'abdomen, son bord est tourné en arrière, il est éloigné de la paroi abdominale et n'est pas perceptible ; aussi ne peut-on pas glisser la main en dessous de la tumeur pour la soulever en haut, si bien que, lorsque le malade est debout, la tumeur ne peut être remontée.

A la percussion du thorax, la limite supérieure de la matité du foie commence sur la ligne mammaire droite à partir de la 8^e côte ; sur la ligne axillaire à partir de la 10^e, et sur la ligne sternale à partir du bord inférieur de l'hypochondre ; aux inspirations fortes, la limite supérieure s'abaisse sur la ligne mammaire jusqu'au bord de l'hypochondre et sur la ligne axillaire jusqu'au 10^e espace intercostal.

Sur la ligne médiane, la limite supérieure du foie, contiguë à la paroi abdominale, est éloignée de l'appendice xiphoïde de 7 centim. ; l'angle du lobe gauche est éloigné de l'hypochondre gauche de 8 centim. sur la ligne mammaire, et le lobe gauche s'étend dans la moitié gauche de l'abdomen jusqu'à la ligne mammaire gauche prolongée.

Entre l'appendice xiphoïde et la limite supérieure du foie, sur la ligne médiane, la région épigastrique du malade est affaissée et présente une dépression qui commence par un angle à l'extrémité inférieure de la ligne mammaire droite, s'élargit en forme de cône en bas et à gauche, et se trouve entre le bord de l'hypochondre gauche et le lobe gauche, abaissé. Le foie n'est pas perceptible dans ce creux, la percussion est ici, sur la ligne médiane, tympanique avec obscurité, mais plus à gauche de la ligne médiane le son est franchement tympanique. Le bord antérieur du lobe

droit du foie, dans la moitié droite de l'abdomen, est éloigné, de l'arc de l'hypochondre; sur la ligne mammaire de 14 centim., sur la ligne parasternale droite de 20 centim., sur la ligne médiane de l'appendice xiphoïde de 14 centim.; le bord tranchant du lobe gauche, dans la moitié gauche, de l'abdomen, est éloigné de l'arc de l'hypochondre gauche; sur la ligne mammaire gauche de 8 centim., sur la ligne parasternale gauche de 10 centim. Par conséquent, la direction du bord inférieur ou tranchant du foie sera la suivante : le bord antérieur du lobe droit, dans la moitié de l'abdomen, dépasse l'ombilic en dessous de 3 travers de doigt; on le sent en dehors de la ligne mammaire prolongée sur l'abdomen à un travers de doigt, et il se dirige, en conservant le même niveau, vers la ligne médiane; ici, il monte brusquement en haut jusqu'à 2 centim. au-dessus de l'ombilic et se dirige vers la ligne mammaire gauche prolongée, en s'élevant de 2 centim.; de là, il va à droite en formant un angle tranchant; de cet angle, qui est le bord supérieur et postérieur du lobe gauche, il va plus profondément en arrière et on ne le sent plus.

Le lobe gauche avec son bord et son angle tranchant se sent très bien dans la région ombilicale, à gauche de la ligne médiane, sous la forme d'un tranchant triangulaire. Sur la ligne médiane, on sent de même très bien le bord antérieur du foie avec l'échancrure, qui se trouve à la limite du lobe droit et du lobe gauche.

Ainsi le foie, lorsque le malade est debout, n'occupe pas sa place habituelle dans l'hypochondre droit, n'est pas contigu par sa face supérieure convexe au diaphragme, mais est déplacé en bas dans la cavité abdominale et a tourné autour de ses axes transversal et longitudinal, formés par le ligament coronaire et le ligament suspenseur. Le lobe droit est contigu sur toute sa longueur, par sa face convexe supérieure, à la paroi abdominale, c'est-à-dire sur une étendue de 19 centim. et même plus, puisque le bord inférieur du lobe droit est tourné en arrière et en bas; la longueur du lobe droit d'avant en arrière mesurant, d'après Klebs, 20 centim. Le bord tranchant antérieur du lobe droit est déplacé en bas et se trouve plus bas que l'ombilic de 3 travers de doigt, ou autrement dit, est éloigné de l'arc costal sur la ligne parasternale droite de 19 à 20 centim., en raison de la contiguïté des parties plus convexes de la surface supérieure du lobe droit avec la paroi abdominale, son bord antérieur est tourné en arrière, il est éloigné de la paroi abdominale et on ne le sent pas, lorsque le malade est debout.

Le bord convexe postérieur du foie est tourné en haut et touche l'hypochondre droit seulement entre les lignes axillaire et mammaire, et même moins, pendant l'inspiration forte. Sur la ligne médiane, le foie touche la partie abdominale sur une étendue de 7 centim. et est séparé de l'extrémité de l'appendice xiphoïde dans la région épigastrique par une dépression de 3 travers de doigt $1/2$; dans ce creux, on ne sent pas le foie; sur la ligne médiane, près de l'ombilic, on sent l'échancrure du

bord antérieur. Le lobe gauche touche la paroi abdominale par sa surface convexe supérieure entre la ligne médiane et la ligne mammaire prolongée, et repousse visiblement la paroi abdominale en avant, en forme de triangle. Il est situé à 10 centim. plus bas que l'arc costal de l'hypochondre gauche, sur la ligne parasternale, et touche horizontalement la paroi abdominale dans sa largeur de 8 centim., (sa largeur, d'après Klebs, étant de 8-10 centim.), par sa longueur (d'avant en arrière) ou dans le sens vertical, il touche la paroi abdominale dans la moitié de sa dimension, c'est-à-dire sur une étendue de 7 centim., la longueur du lobe gauche étant, d'après Klebs, de 15 à 16 centim. ; par la moitié postérieure de sa longueur, le lobe gauche est éloigné en haut et en arrière de la paroi abdominale et ne peut pas être perceptible, mais, à la percussion, il produit l'obscurité du son tympanique dans le creux sous-xiphoidien. Le creux lui-même dans la région épigastrique, à mon avis, est produit par le déplacement du lobe gauche dans la région ombilicale à gauche de la ligne médiane, car sa place normale est dans la région épigastrique.

Examen du foie, lorsque le malade est couché. — Dès que le malade se couche, le foie se réduit de lui-même, sans aucune pression, dans l'hypochondre droit. L'abdomen, dénotant à la percussion un son mat lorsque le malade était debout, donne un son tympanique et à la palpation, on ne sent aucune tumeur ; la limite supérieure du foie s'élève après la réduction ; la matité commence, sur le thorax, à la 7^e côte sur la ligne mammaire, à la 8^e côte sur la ligne axillaire.

La disparition de ce volumineux organe, qui, lorsque le malade est debout, remplit toute la cavité abdominale, s'effectue avec une rapidité telle, lorsque le malade change de position, qu'on en est frappé en le voyant pour la première fois.

Le bord antérieur du foie réduit ne dépasse même pas l'arc costal et, sur la ligne mammaire, n'est pas toujours perceptible, mais, sur la ligne parasternale, il le dépasse de 1/2 travers de doigt.

Après la réduction du foie, l'abdomen paraît souple au-dessous de l'hypochondre droit, à ce point qu'on peut sentir entre le sternum et la ligne mammaire, la surface inférieure du foie sur 2 travers de doigt en arrière ; en même temps, on sent une surface sphérique égale et solide (celle du lobe quadrilatère du foie ou de la vésicule biliaire). A un travers de doigt de la ligne mammaire, la tumeur sphérique de la surface inférieure du foie se transforme en un bord antérieur tranchant.

Lorsque le malade respire profondément, étant couché, le foie sort de l'hypochondre, presque dans les mêmes proportions que lorsque le malade est debout, il se soulève après l'expiration et est réduit facilement par le malade lui-même, en pressant légèrement sur l'abdomen. En mettant la main sur l'abdomen du malade, lorsqu'il est couché, on peut sentir qu'à l'inspiration le bord antérieur et la surface convexe supérieure du foie sortent de l'hypochondre, tournent en avant et en bas dans la cavité

abdominale et que le bord tranchant antérieur, à 2 travers de doigt en avant de la ligne axillaire, prend la forme du bord arrondi du foie.

Le foie déplacé, dans le décubitus dorsal, descend dans l'abdomen plus profondément en arrière, en s'éloignant de la paroi abdominale de 2 travers de doigt $1/2$ et de 1 travers de doigt de l'arc costal, si bien qu'on peut introduire la main entre le foie et les cartilages costaux.

N'est-ce pas pour cela que le malade se plaint que, lorsqu'il est couché, il éprouve une sensation pénible de « tiraillement en arrière » ?

Lorsque le malade se met debout, le foie descend brusquement de l'hypochondre dans l'abdomen et, alors, ne peut pas être réduit.

Le volume du foie descendu n'est pas le même suivant que le malade est examiné étant debout, à jeun, après le dîner ou même après le petit déjeuner. Après le repas, le foie descendait moins dans l'abdomen lorsque le malade était debout.

L'estomac occupant un volume plus grand après le repas, produit une pression sur les organes voisins et, par cela même, à mon avis, peut contribuer au maintien du foie surtout de son lobe gauche, plus près des limites normales de son siège anatomique et peut s'opposer à l'abaissement trop grand du foie, si cet abaissement dépend d'un allongement anormal des ligaments coronaire et suspenseur.

L'estomac distendu par les aliments peut d'autant mieux maintenir, comme un bandage, le foie suspendu aux ligaments, que la paroi abdominale est moins flasque et sa tonicité mieux conservée. On comprend par conséquent aisément, pourquoi la sensation de pesanteur sous l'hypochondre droit et la sensation douloureuse de traction vers le bas, que le malade accusait étant debout, étaient plus fortes le matin à jeun, et pourquoi ces sensations pénibles diminuaient après le repas, lorsque l'estomac distendu par les aliments soulève le diaphragme et s'oppose à la chute du foie et surtout de son lobe gauche. Et, en effet, après le repas le foie n'était pas perceptible, dans la région ombilicale, sur la ligne médiane et à gauche de cette ligne.

Les limites du foie varient souvent et dépendent de la force des inspirations. La preuve que la tumeur que l'on sent chez le malade dans la cavité abdominale est bien le foie, c'est qu'au moment où le foie se déplace on ne constate plus sur la poitrine la matité du foie. Celle-ci apparaît en même temps que se fait la réduction dans l'hypochondre à partir de la 7^e côte sur la ligne mammaire et de la 8^e sur la ligne axillaire. Lorsque le foie est réduit, il dépasse peu l'hypochondre, à peine 1 travers de doigt $1/2$ sur la ligne parasternale.

Comme le malade ne se plaignait jamais de troubles digestifs et n'était jamais atteint d'ictère, on peut affirmer avec beaucoup de probabilité que les fonctions du foie sont normales; cette conclusion est confirmée par le volume du foie qui est très peu augmenté.

Le malade dit qu'il respire mieux lorsqu'il est couché. La respiration

peut être gênée parce que, lorsque le malade est debout, le foie abaissé dans l'abdomen, tire le diaphragme en bas en l'empêchant de se soulever, si bien que les poumons, surtout le droit, ne peuvent pas revenir sur eux-mêmes au moment de l'expiration et doivent rester dilatés.

Par cette respiration difficile, on peut expliquer les vertiges et l'engourdissement des mains et des pieds, dont le malade se plaint au moment du travail ; ces troubles peuvent dépendre du dégagement incomplet de CO_2 et de la faible oxygénation du sang pendant le travail, car l'échange des gaz augmente pendant le travail et c'est juste à ce moment et lorsqu'il est debout que la respiration du malade est entravée.

Toutes les souffrances du malade : douleurs dans l'hypochondre droit, sensation pénible de tiraillement en bas, peuvent dépendre de l'influence du foie sur les organes voisins et sur le système nerveux et sont des phénomènes réflexes. Tous ces troubles empêchent le malade de travailler et surtout de faire son service militaire, aussi était-il exempt du service après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XXIX. — *Foie mobile. Abaissement de la matrice. Ventre pendant. Hernie abdominale sur toute la longueur de la ligne blanche. Grossesses répétées. Accouchement à terme.* LANDAU. *Die Wanderleber und der Hangebauch der Frauen.* Berlin, 1885.

C. N..., a été observée et traitée par moi depuis le commencement de l'année 1881. Elle est actuellement (novembre 1884) âgée de 33 ans, enceinte pour la huitième fois, et de neuf mois. Son premier accouchement remonte à onze ans. Tous ses enfants sont nés à terme.

Elle attribue la cause de sa maladie à une fatigue excessive à laquelle elle s'est soumise après la naissance de son cinquième enfant. Peu après, elle eut la sensation que dans la station verticale quelque chose lui sortait de l'abdomen, et que, pendant la marche, son abdomen tombait. En même temps, elle avait des douleurs spasmodiques à l'épigastre et à l'ombilic ; elle devint asthmatique ; la marche et un travail même modéré la fatiguaient. Après la naissance du sixième enfant, le médecin appelé pour des accidents post partum, remarqua dans l'abdomen une tumeur qu'il prit d'abord pour un jumeau, puis pour une tumeur de l'ovaire ou de l'utérus. Il conseilla à la malade de se la faire enlever. Peu après la malade vint dans mon service et je pus constater à peu près le même état que dans la grossesse actuelle. Pendant la durée de mon observation, elle a eu trois grossesses. Son sixième enfant est né à terme, en mars 1882 ; son septième, en mai 1883.

Sur cette femme, maigre, ne souffrant d'aucune maladie organique, présentant sur les cuisses de grosses varices, on constate, même en l'absence de toute grossesse, dans la station verticale, une très considérable voussure de l'abdomen en avant. Celui-ci pend par-dessus la symphyse,

tandis qu'au-dessous des côtes le ventre est plus aplati que d'ordinaire, et que les espaces intercostaux sont déprimés. Cette proéminence se montre surtout dans la moitié droite de l'abdomen, mais disparaît presque complètement dans le décubitus ; l'abdomen s'affaisse, ses parois fanées, privées d'élasticité, se disposent en plis et en rides. Toutefois sa forme reste asymétrique ; même alors, il est plus bombé dans sa partie moyenne et sa partie inférieure du côté droit que du côté gauche. Dans le décubitus, on distingue nettement le contour d'une tumeur occupant dans la moitié droite de l'abdomen une position oblique de l'ombilic à la crête iliaque. La respiration est purement costale et, si la malade fait une inspiration profonde, les mouvements de la tumeur sont très faibles ; au contraire, elle se déplace si la malade change de position et on peut facilement la mouvoir avec la main. Vers le haut, ces mouvements sont indolents ; vers le bas, ils s'accompagnent de sensations pénibles, lancinantes.

Sur toute la ligne blanche, de l'extrémité du sternum jusqu'au pubis, existe un large écartement des muscles droits. Cette hernie abdominale, jointe à l'amincissement et au relâchement de la paroi, permet une palpation presque complète de la cavité. Il est même facile de toucher la colonne vertébrale à peu près à partir de la douzième dorsale, de sentir les pulsations de l'aorte et de constater, en même temps, que cette tumeur, située surtout dans la moitié droite de l'abdomen, n'est autre que le foie normal. Il est abaissé, le lobe droit sensiblement plus que le gauche ; l'organe est déplacé en totalité vers la droite et rétroversé de telle sorte que sa face inférieure regarde presque verticalement en haut. On peut palper complètement le lobe carré, de même que le cordon de la veine ombilicale, mais on ne sent qu'imparfaitement la vésicule biliaire. Par des mouvements combinés, en s'aidant d'une main placée dans la région du flanc, on parvient à redresser le foie et à le refouler sous les arcades costales à sa place normale. Si cet appui extérieur vient à manquer, le foie revient immédiatement à son ancienne position, c'est-à-dire que, même dans le décubitus, il plonge dans le grand bassin, tandis que son bord supérieur touche les côtes aussi loin que la palpation peut s'étendre. Le foie paraît un peu rapetissé, sa surface est lisse, un peu plus consistante qu'à l'état normal ; elle n'est pas particulièrement douloureuse à la pression.

La percussion confirme les résultats donnés par la palpation.

Elle ne révèle pas la présence du foie à sa place normale. Sur les lignes mamillaire, parasternale et sternale gauche et sur la ligne parasternale droite existe au-dessous de la matité cardiaque un son tympanique. Sur les lignes mamillaire et axillaire droites, la sonorité pulmonaire descend sensiblement plus bas qu'à l'état normal. La matité absolue commence là, sur la ligne mamillaire, au bord inférieur de la huitième côte, sans qu'une sonorité pulmonaire relativement assourdie puisse être constatée,

au-dessus de cette place, avec quelque certitude. Sur le foie, placé dans l'abdomen, le son n'est mat que dans une faible étendue, tympanique et assourdi partout ailleurs.

De l'électrisation des muscles de l'abdomen, il résulte que la partie des muscles grands droits située au-dessous de l'ombilic n'est pas excitable par les plus forts courants électriques (courants d'induction et électricité galvanique), et est, par conséquent, complètement paralysée.

Ce cas de foie mobile avait pour moi un intérêt tout particulier, parce qu'il m'a permis d'observer 3 fois le début et le cours de la grossesse et l'accouchement. Conformément à la description que j'ai donnée du mécanisme de l'ascension des intestins à la suite de la croissance de l'utérus gravide, et de l'influence de cette ascension sur la position du foie, j'ai pu constater dans tous les cas que le foie abaissé était relevé par les intestins eux-mêmes. D'ailleurs il ne reprenait pas sa position normale, mais se plaçait latéralement, à droite et en haut, de sorte que, pendant toute la durée de la grossesse, il restait repoussé à droite vers la ligne axillaire. Sur la ligne parasternale droite, et même pendant le neuvième mois de la grossesse, le son jécoral assourdi, accompagné d'une résonance nettement tympanique, commençait à la sixième côte; au-dessus, le son pulmonaire était normal. Ainsi, pendant la grossesse, il existait encore de l'abaissement du diaphragme. Entre l'utérus et le foie se trouvait une zone d'intestins devenant de plus en plus étroite avec les progrès de la grossesse.

L'utérus gravide lui-même, tout en restant dans une position médiane, pendait de son côté, littéralement hors du ventre, entre les muscles grands droits qui s'écartaient de plus en plus, de telle sorte que le ventre pendant était accompagné d'une hernie abdominale de l'utérus gravide; l'épaisseur de la paroi abdominale était peu supérieure à celle d'une feuille de papier. Le décubitus ne modifiait en rien la forme du ventre; l'ombilic était très abaissé et très éloigné du sternum.

Les accidents qu'il aurait fallu attribuer à la compression des voies biliaires ou urinaires et de l'utérus gravide ne se sont pas manifestés, pendant les deux grossesses. Lors de l'accouchement, le muscle utérin a parfaitement suffi à l'expulsion de l'enfant.

Lors d'un examen pratiqué dans le neuvième mois de la grossesse, la circonférence du ventre qui, dans la station verticale, était maxima à 6 centim. au-dessous de l'ombilic, était de 123 centim.

Distance de la cinquième vertèbre lombaire à	
la partie antérieure du ventre.....	45 centim.
Distance du sternum à la symphyse.....	65 —
— — — l'ombilic.....	37 —
— de l'ombilic à la symphyse, en suivant le contour du ventre.....	28 —
Longueur totale du corps.....	152 —

Distance de la tête à l'ombilic..... 69 centim.

— de l'ombilic à la plante des pieds... 83 —

La perpendiculaire abaissée de l'ombilic sur le
sol tombe en avant de la pointe des pieds de 16 —

N... a eu son 8^e accouchement le 31 décembre 1884. Le travail com-
mença à 7 heures, la rupture des membranes de l'œuf eut lieu à 9 heures.
Même après cette rupture, comme dans le décubitus, l'utérus restait
solidement appuyé sur les cuisses, et il fallut, pour permettre à l'enfant,
qui se présentait par le crâne, d'entrer dans le bassin, tirer l'utérus en
haut avec des linges. La délivrance eut lieu à 11 heures 50 d'une façon
absolument spontanée. L'enfant est vivant.

Peu après, le foie était revenu à son ancienne position près de la crête
iliaque, et de plus, on sentait du côté gauche, sous la paroi abdominale,
une tumeur plus grosse que le poing, lisse, très mobile, indépendante
du foie. Il résulta d'un examen pratiqué le troisième jour, qu'on pouvait
refouler cette tumeur au delà de la ligne médiane et dans l'hypochondre
gauche. Il n'est pas douteux que cette tumeur était la rate devenue mo-
bile. Le 5 janvier, on ne sentait plus rien de cette tumeur du côté gau-
che; d'ailleurs, en raison de l'état puerpéral, l'examen ne fut pas très
approfondi. L'inspection et la palpation, pratiquées le 31 janvier, montrè-
rent que le foie était très abaissé, aussi tourné et aussi mobile qu'avant
la grossesse; la chute du ventre était tout aussi considérable. Les men-
surations pratiquées le même jour donnèrent des résultats peu différents
de ceux que nous avons obtenus sur la malade enceinte de neuf mois.
Les dimensions trouvées sont les suivantes :

	EN DEHORS DE LA GROSSESSE	AU NEUVIÈME MOIS DE LA GROSSESSE
Circonférence du ventre dans la station verticale.....	111	123
Distance rectiligne de la cinquième vertèbre lombaire au sommet du ventre.....	41	45
Distance du sternum à la sym- physe.....	53	65
Distance du sternum à l'ombilic..	33	37
Distance de l'ombilic à la sym- physe.....	20	28

De ces mensurations, on peut facilement conclure que la capacité de la
cavité abdominale ne présente que de faibles différences, qu'on la con-
sidère pendant la grossesse ou en dehors d'elle; de plus, les nombres
absolus, particulièrement la distance de l'ombilic au sternum et à la
symphyse et la circonférence du ventre, montrent dans quelle proportion
considérable la capacité absolue de la cavité abdominale avait aug-
menté.

OBSERVATION XXX. — *Foie mobile. Ventre pendant. Distension des muscles grands droits. Rétroflexion de l'utérus. Présentation transversale. Enfant venu à terme, mort-né.* LANDAU. *Loc. cit.*

B. A..., âgée de 36 ans, a eu, en 11 ans, 5 enfants nés à terme. Après son cinquième accouchement, qui date de 3 ans, cette malade, souffrant d'une rétroflexion de l'utérus et d'un ventre pendant, vint se faire traiter par moi et déjà, à cette époque, je pus constater de l'abaissement et de l'obliquité du foie

Vers la fin d'août 1883, elle conçut pour la sixième fois. Du mois de décembre 1883 jusqu'à ce jour, la malade vint me voir à intervalles réguliers. Déjà, au mois de février 1884, on pouvait constater nettement une position transversale de l'embryon, qu'il était impossible de redresser. Le 23 avril, il fallut en pratiquer la version et l'extraction; d'après le récit de la malade — je n'étais point présent à l'accouchement — l'enfant était mort-né.

La malade se plaint surtout de douleurs quand elle est debout ou qu'elle marche, de lassitude, de crampes d'estomac, d'hémorrhagies profuses pendant la menstruation.

Actuellement, on peut constater par la palpation un déplacement du foie, à peu près le même qu'avant la grossesse. Comme dans le cas précédent, l'organe est repoussé vers le côté droit et remplit de sa masse principale la région du flanc droit. Sa limite inférieure se trouve à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il se laisse facilement remuer et, si la malade change de posture, se meut spontanément. Comme dans d'autres cas, une pression exercée sur le foie provoque une sensation douloureuse particulière dans la partie supérieure de la moitié droite de la poitrine, tandis que le point même où s'exerce la pression, le parenchyme hépatique par conséquent, n'est le siège d'aucune douleur. La paroi abdominale est amincie à tel point que les mouvements péristaltiques des intestins sont visibles sur une grande étendue, particulièrement sur la ligne médiane.

L'application d'un bandage et d'un pessaire ont produit une amélioration très remarquable.

OBSERVATION XXXI. — *Foie mobile. Abaissement et rétroflexion de la matrice. Prolapsus modéré de la paroi vaginale postérieure. Grossesse. Accouchement normal, à terme.* LANDAU. *Loc. cit.*

S. K..., 39 ans, a eu en 11 ans 7 enfants nés à terme. Elle souffre depuis plusieurs années d'un foie très mobile, fortement abaissé, qui, dans la station verticale, repose par son extrémité inférieure presque sur la fosse

iliaque. Actuellement, elle est de nouveau enceinte pour la huitième fois. Une mensuration, pratiquée au huitième mois de la grossesse, a donné les résultats suivants :

	STATION VERTICALE	DÉCUBITUS DORSAL
Distance du sternum à la symphyse.....	56	52
Distance du sternum à l'ombilic.....	26	23.5
Distance de l'ombilic à la symphyse.....	30	28.5
Circonférence du ventre.....	105	95

Quand la malade est debout, l'ombilic est un peu au-dessous du niveau des crêtes iliaques. Comme dans l'observation XXIX, il existe une hernie abdominale totale de l'utérus gravide. La paroi abdominale est tellement amincie que, par les mouvements de ses membres, le fœtus la soulève.

Supplément. — La naissance a eu lieu spontanément le 17 février 1885. Circonférence du ventre (la malade étant couchée) 88 centim. ; distance du sternum à l'ombilic 18 centim. ; de l'ombilic à la symphyse 18 centim. Le foie est extrêmement mobile, abaissé presque jusqu'au petit bassin, même si la malade est couchée.

OBSERVATION XXXII. — *Foie mobile. Ventre pendant. Abaissement de la matrice. Métorrhagie. Scoliose droite modérée.* LANDAU. *Loc. cit.*

B. O..., 26 ans, a eu 2 enfants nés à terme, l'un il y a 7 ans, l'autre il y a 5 ans. Depuis 3 ans, elle souffre d'hémorrhagies utérines, de douleurs dans le côté droit du ventre. Elle n'a jamais porté de corset et attribue l'origine de ses douleurs à un faux mouvement.

Le foie de cette femme, affectée d'une éventration modérée, est placé en entier dans le côté droit du corps ; l'échancrure du foie est encore un peu sensible en dehors de la ligne parasternale, le son y est sourdement tympanique. Sur la ligne médiane, cette sonorité voilée se termine brusquement pour faire place à un son purement tympanique. L'espace semi-lunaire commence au bord supérieur de la 8^e côte.

Le son est tympanique ; sur la base du cœur il l'est aussi, mais moins nettement. La respiration est purement costale. Dans la région substernale du ventre le son est tympanique.

Le port d'un pessaire et d'un bandage élastique en fils de caoutchouc blancs fait cesser les hémorrhagies profuses et les autres sujets de plainte de la malade.

OBSERVATION XXXIII. — *Foie mobile. Ventre pendant. Rétroflexion de l'utérus. Métorrhagie. Grosses varices au membre inférieur gauche.* LANDAU. *Loc. cit.*

L. V..., 43 ans, a eu, en 17 ans, 8 enfants nés à terme et se plaint de

douleurs violentes dans le ventre, de douleurs spasmodiques à l'épigastre, d'hémorrhagies profuses et de douleurs lombaires.

L'examen montre que l'abdomen pend considérablement, que sa paroi est mince, relâchée et présente un réseau veineux bien visible et très développé. Dans le décubitus dorsal la moitié droite du ventre proémine plus que la gauche. La respiration est purement costale. Les fausses côtes, en particulier la douzième, sont très mobiles, surtout à droite. Le foie, de grosseur normale, à surface polie, est descendu jusqu'à la crête iliaque et est très facilement réductible.

Un bandage muni d'une grosse plaque métallique amène une amélioration sensible. En particulier, les hémorrhagies utérines, pour lesquelles la malade devait absolument se faire opérer, diminuent sensiblement.

Circonférence du ventre.....	83 centim.
Distance du sternum à l'ombilic.....	18 —
Distance de l'ombilic à la symphyse.....	22 —

OBSERVATION XXXIV. — *Foie mobile. Ventre pendant. Prolapsus de la matrice. Inversion totale du vagin.* LANDAU. *Loc. cit.*

S. B..., 60 ans, a eu 4 enfants. Sur cette malade, qui vient nous consulter pour un prolapsus des organes génitaux et parce que la région supérieure droite de son ventre est douloureuse, on peut constater, en dehors de l'anomalie précitée des organes génitaux, la présence, dans la moitié droite du ventre, du foie douloureux à la pression, mobile, non hypertrophié. Il est poli et de consistance assez dure. En l'absence de tout phénomène pouvant faire croire à une affection maligne, l'hypothèse que ce foie mobile est carcinomateux paraît écartée. Dans le décubitus, la matité absolue du foie commence sur la ligne parasternale au bord inférieur de la 7^e côte, sur la ligne mamillaire, au même point ; sur la ligne axillaire, au bord inférieur de la 8^e côte. La matité s'étend vers la gauche jusqu'à la ligne médiane, vers le bas à peu près jusqu'à l'ombilic. Il est donc évident que le diaphragme est abaissé. Le hile du foie regarde un peu à droite.

La réduction du prolapsus et l'application d'un pessaire annulaire amènent un mieux sensible. La malade refuse de subir l'opération de son prolapsus.

OBSERVATION XXXV. — *Ventre pendant. Hernie abdominale. Abaissement du rein droit et descente du foie. Flexion de la matrice en arrière. Varices aux deux membres inférieurs, en particulier à droite.* LANDAU. *Loc. cit.*

M. St..., 34 ans, a accouché 10 fois, 7 de ses enfants sont nés à terme. Le foie est tellement abaissé qu'on en sent l'échancrure dans la région

ombilicale. Il n'est pas hypertrophié, mais déplacé, comme le prouve l'existence d'un son tympanique sur les lignes sternale et parasternale droites, son dû aux intestins.

Le diaphragme est abaissé. Derrière le foie déplacé, on parvient quelquefois, en le soulevant, à sentir le rein droit.

OBSERVATION XXXVI. — *Ventre pendant. Abaissement et déplacement latéral du foie vers la droite. Prolapsus du vagin et de l'utérus.*
LANDAU. *Loc. cit.*

C. J..., 30 ans, a eu, en 9 ans, 6 enfants nés à terme et souffre depuis un an d'un prolapsus de la matrice.

Actuellement, elle se plaint de douleurs lombaires, de lassitude, de douleurs vagues dans le ventre. Le foie est nettement abaissé et mobile sans l'être à un très haut degré.

OBSERVATION XXXVII. — *Ventre pendant. Paramétrite postérieure chronique. Utérus rétroversé et fixé. Résection du col de l'utérus. Sensibilité douloureuse intense dans les lombes et l'épigastre.*
LANDAU. *Loc. cit.*

M. N..., 35 ans, a eu, en 7 ans, 4 enfants nés à terme, et se sent malade depuis son dernier accouchement, qui date de 3 ans et demi. Il y a deux ans, elle a subi la résection du col de l'utérus, elle ne sait pas pourquoi. Dans la région médiane du ventre, on sent le foie, reconnaissable à son échancrure, et extrêmement sensible à la pression. Si on presse plus fortement, la malade ressent de la douleur dans le 3^e et le 4^e espace intercostal droit, en avant. Dans le décubitus dorsal, la matité absolue du foie se montre, sur la ligne parasternale, au bord supérieur de la 7^e côte, sur la ligne mamillaire, au bord inférieur de la septième, sur la ligne axillaire, au bord supérieur de la huitième. La matité du foie atteint la ligne médiane.

A la suite d'une nourriture appropriée et d'un repos de plusieurs semaines, le déplacement du foie a beaucoup diminué dans les derniers mois.

OBSERVATIONS XXXVIII à XLI. — *Ventre pendant. Foie mobile.*
LANDAU. *Loc. cit.*

A. M..., 36 ans, 4 accouchements.

A. O..., 56 ans, 4 —

M. H..., 30 ans, 5 —

B. A..., 32 ans, 10 —

OBSERVATION XLII. — *Ventre modérément pendant. Foie mobile consécutivement à un traumatisme. Ictère de plusieurs semaines.* LANDAU. *Loc. cit.*

L. M..., 24 ans, a mis au monde, il y a 7 ans, un fœtus de 7 mois, et depuis cette époque elle a « le ventre gros ».

Lorsque la malade vint me consulter en mars 1880, je ne pus constater, en dehors d'une endométrite catarrhale et d'une chute peu considérable du ventre, aucun trouble particulier. Elle souffre, pas beaucoup du reste, de douleurs lombaires; ces douleurs s'étaient atténuées sous l'influence du repos, quand subitement, après avoir soulevé un fardeau très lourd (un piano), la malade est prise d'accidents graves, simulant une péritonite : syncope, nausées, vomissements, fièvre modérée, douleur intense, presque insupportable à la pression dans la région supérieure droite du ventre. L'opium et la glace amènent une amélioration sensible, mais bientôt il y a de l'ictère, l'appétit devient plus mauvais qu'avant et je me vois forcé de faire entrer la malade à l'hôpital. Par la palpation, et lorsque la tension de la paroi abdominale eut commencé à diminuer, je pus constater, dans la région du flanc droit, la présence d'une tumeur qui me sembla présenter les signes distinctifs d'un rein mobile, mais dont la nature ne put être établie avec certitude, à cause de la sensibilité excessive de l'abdomen. A l'hôpital non plus on ne porta pas de diagnostic précis; les médecins ne purent même pas constater avec certitude la présence dans le ventre d'une tumeur mobile. L'ictère persista pendant plusieurs semaines, mais avec peu d'intensité.

La malade, guérie de son ictère, ayant quitté l'hôpital, et la sensibilité de l'abdomen ayant diminué, je parvins à établir que la tumeur était le foie déplacé. D'ailleurs, l'amaigrissement sensible de la malade facilitait beaucoup la palpation. En 1882, j'ai revu la malade; elle avait de nouveau engraisé, la tumeur était par suite moins sensible qu'avant, tandis qu'un examen pratiqué en 1883 et un autre tout récemment ont montré, de nouveau, un déplacement du foie plus sensible qu'auparavant.

OBSERVATION XLIII. — *Foie mobile. Ventre pendant. Aménorrhée. Abaissement et rétroflexion de l'utérus.* LANDAU *Loc. cit.*

E. P..., 28 ans, a eu, en 3 ans, 4 grossesses; elle a accouché 2 fois à terme et 2 fois avant terme. Depuis 3 mois, elle n'a plus ses règles, à la suite d'une excitation excessive, paraît-il. Depuis cette époque, elle ressent des douleurs lombaires modérées, une impression de réplétion et de pression dans le ventre et, quand elle marche, il lui semble que son ventre va se détacher et tomber. Tout cela ne l'incommodé pas trop et c'est surtout parce qu'elle n'a plus ses règles que la malade vient nous consulter.

C'est une femme grande, forte, solidement musclée, d'aspect florissant. Son ventre pend considérablement surtout dans la station verticale. Si la malade est assise, il repose sur les cuisses.

L'utérus est abaissé, rétroversé, petit ; rien aux annexes.

La chute du ventre est si considérable que l'ombilic n'est situé qu'à 5 centimètres au-dessus de la symphyse, en distance verticale, quand la malade est debout.

Quand la malade est dans cette position, on sent, à 5 centimètres au-dessous de la crête iliaque, dans la moitié droite du ventre, une tumeur à surface lisse qu'on peut facilement mouvoir, surtout de bas en haut et de droite à gauche. On peut la suivre sous les arcades costales. La surface inférieure du foie et en particulier le hile sont faciles à palper ; ce dernier regarde plus à droite qu'en bas.

Dans la position horizontale, le ventre s'aplatit, la tumeur remonte visiblement en haut vers les arcades costales, et à travers la paroi abdominale relâchée, grâce à l'écartement des muscles grands droits, surtout au-dessous de l'ombilic, on constate que dans tout le côté gauche du ventre, même vers le haut, il n'existe aucun corps solide sensible à la palpation. Là où, dans le cas d'abaissement simple, on devrait trouver le lobe gauche du foie, la main rencontre directement l'aorte et la colonne vertébrale. Par conséquent le foie a subi un déplacement latéral vers la droite et une rotation autour de son axe vertical, de telle sorte que le bord gauche du lobe gauche est descendu le plus bas.

La percussion confirme les données de la palpation.

Position verticale : Sur la ligne mamillaire droite, la matité absolue du foie commence au bord inférieur de la huitième côte ; jusque-là le son pulmonaire est franc. Si on continue à percuter vers le bas, le son commence par être tympanique assourdi, ne devient absolument mat que plus bas, à peu près à 3 cent. au-dessus de l'ombilic et il continue à l'être presque jusqu'à l'extrémité de la tumeur qui plonge dans le grand bassin.

Sur la ligne sternale, le son est nettement tympanique au-dessous du sternum et ne devient mat qu'au niveau de l'ombilic.

Sur la ligne axillaire postérieure, la matité commence au bord inférieur de la 9^e côte et se change peu à peu en un son tympanique assourdi.

Sur la ligne axillaire antérieure, la matité commence au-dessous de la dixième côte ; jusque-là, intégrité du son pulmonaire.

Position horizontale : Également jusqu'au-dessous du sternum, on trouve un son tympanique éclatant.

Sur la ligne mamillaire droite, un son tympanique assourdi commence à l'extrémité inférieure de la 7^e côte ; sur la courbure de la côte, il se transforme en un son tympanique éclatant.

Sur la ligne axillaire droite antérieure, la matité absolue commence au bord inférieur de la 7^e côte et le son devient sourdement tympanique à l'extrémité de la 12^e.

Sur la ligne axillaire droite postérieure, à partir de la 9^e côte, submatité ; de là à la crête iliaque, matité absolue.

Circonférence du corps dans le décubitus.....	86 centim.
Distance d'une crête iliaque à l'autre	31 —
Distance du sternum à la symphyse.....	38 —
Distance du sternum à l'ombilic.....	17 —
Distance de l'ombilic à la symphyse.....	21 —
Distance de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure gauche.....	19 —
Longueur totale du corps.....	168 —
Distance de la tête à l'ombilic.....	70 —
Distance de l'ombilic à la plante des pieds.....	98 —
Hauteur de l'ombilic au-dessus du milieu du corps.....	15 —

OBSERVATION XLIV. — *Déplacement sensible du foie normal à la suite de mouvements violents et fréquents des muscles expirateurs.*
LANDAU. *Loc. cit.*

E. K..., 30 ans, qui n'a jamais eu d'enfants, se présenta à moi fin novembre 1884, se plaignant de douleurs violentes dans la moitié droite du ventre. Elle les ressent depuis 6 mois environ.

La malade est une personne d'une vigueur moyenne, d'aspect bien portant, sans aucune maladie organique. La seule anomalie qu'on constate chez elle est que son foie remplit presque toute la moitié droite du ventre, de telle sorte que son contour inférieur, passant à une distance de 3 centim. au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite se dirige obliquement et en ligne courbe vers l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Comme conséquence de cette disposition, facile à reconnaître par la palpation, le son est tympanique au delà de cette ligne vers la droite ainsi que dans l'épigastre. Il n'existe pas de matité qu'on puisse attribuer au lobe gauche en position normale.

Sur la ligne mamillaire droite, au bord supérieur de la 8^e côte, le son pulmonaire normal se continue avec la matité du foie, sans interposition d'une zone intermédiaire de sonorité pulmonaire assourdie. Dans le décubitus, le foie remonte. Malgré cela, et sans qu'on puisse mettre en évidence du catarrhe, de l'emphysème, ou un trouble pulmonaire quelconque, on peut constater nettement de l'abaissement du diaphragme. La matité absolue du foie commence, sur la ligne parasternale au bord supérieur de la 7^e côte, sur la ligne mamillaire au bord inférieur de la 7^e, sur la ligne axillaire au bord inférieur de la 8^e.

La paroi abdominale est tendue, et par conséquent le foie peu mobile.

Les symptômes qui pourraient faire croire à de l'hypertrophie du foie et la cause qui aurait pu la provoquer, manquent, et par suite, l'origine

du déplacement serait restée obscure si les commémoratifs n'y avaient apporté la lumière.

Le malade a raconté que depuis 3 ans, chaque fois au commencement du printemps, elle est prise d'accès d'éternuements qui lui secouent tout le corps avec violence et s'accompagnent d'une sécrétion nasale abondante (elle use plusieurs mouchoirs par jour). Elle n'établit aucune liaison entre cette affection et les inconvénients dont elle souffre actuellement.

Ces accès persistaient chaque fois pendant 4 mois et auraient résisté aux divers remèdes qu'on lui a conseillés ; la malade redoute leur retour pour le printemps prochain ; d'ailleurs, pendant le reste de l'année elle ne souffre ni de coryza ni d'aucune affection catarrhale.

Je ne crains pas d'attribuer à ces violents éternuements, causés par ce qu'on appelle la fièvre de foin, la cause de l'abaissement considérable du foie qui existe chez cette femme.

Si l'on considère combien ces accès étaient fréquents (jusqu'à 30 par jour), pendant combien de temps la malade en a souffert, et que chaque accès se composait de plusieurs éternuements ébranlant violemment le diaphragme, il est très légitime de considérer les tiraillements chroniques des ligaments comme la cause du déplacement du foie.

OBSERVATION XLV. — H. ROSENKRANZ. Zur Casuistik der Wanderleber
Berliner klin. Woch., 19 septembre 1887 (1).

Femme de 48 ans, ayant eu 8 accouchements normaux, mais aucune maladie. Au milieu de février, elle est prise brusquement de vomissements violents qui durent 20 heures et de douleurs au creux épigastrique et tout autour de la ceinture. Puis se développent une ascite énorme et de l'anasarque des membres inférieurs et des parois abdominales, sans albuminurie, ni lésion cardiaque. Sous l'influence de diurétiques et de purgatifs, les épanchements disparurent rapidement. Mais cinq semaines plus tard, le 12 mai, la malade crut à une reproduction de son ascite. En réalité, la cavité abdominale jusqu'un peu au-dessus du nombril, était remplie par une tumeur qui n'était autre que le foie abaissé, mobile en toutes directions et se laissant même retourner sens dessus dessous.

OBSERVATION XLVI. — ROHDEN. *Deutsch med. Wochenschrift*. Berlin, 1887, p. 106.

Eva Zipf..., 66 ans, n'a été malade que pendant son enfance, en bonne santé le reste du temps. La présence, durant 14 jours, d'environ 1 litre 1/2 de nématodes (*ascaris lumbricoïdes*) dans l'intestin, parait l'avoir peu

(1) *Revue des Sc. médic.*, 1888, XXXI, p. 234.

gênée et son visage exprime la joie, quand elle raconte qu'elle a été débarrassée de ce gros paquet en 3 selles. Elle a bien supporté 3 grossesses suivies d'accouchements normaux. Il y a environ 1 an 1/2, elle a éprouvé pour la première fois une sensation de pression dans le ventre et de tiraillements dans la région sacrée, qui augmentait d'intensité tous les jours. Lorsque la malade saisissait avec la main son abdomen dans la région droite supérieure, elle sentait une grosse masse mobile à la pression. Elle déclare avoir saisi la tumeur avec sa main et l'avoir refoulée vers le haut pour diminuer ses douleurs.

Lors du premier examen, je trouvai la malade couchée dans son lit, à moitié tournée sur le côté droit, la main appuyée sur son flanc droit. Son aspect est très blafard, très pâle et l'expression de sa physionomie suffit à indiquer que l'état général n'est pas bon. La malade est devenue capricieuse, irritable, très excitable, et se plaint incessamment de douleurs dans la région sacrée. De temps en temps, et surtout après une marche forcée, il lui semble qu'une ceinture lui comprime le ventre; cette sensation se répète par petits accès et peut devenir intolérable.

Les douleurs sont plus vives dans le décubitus dorsal que dans la station verticale et diminuent quand la malade est couchée sur le ventre, ou à quatre pattes sur les coudes et les genoux.

Quand la malade est couchée sur le côté droit, la paroi abdominale amincie, relâchée, et présentant de l'écartement des muscles grands droits, laisse proéminer nettement le foie dans la région sous-ombilicale droite; il en est de même dans le décubitus dorsal; mais, dans la station verticale, le foie est moins facilement accessible à l'exploration manuelle. Le bord antérieur mince peut-être palpé exactement, on y sent l'incisure qui reçoit le ligament suspenseur, que l'on sent sous forme d'un cordon mince et tendu. Le bord postérieur, déjà plus élevé à l'état normal, correspond à la 9^e et à la 10^e côte, et surtout dans le décubitus dorsal, en palpant profondément sous le thorax, on le sent très bien et on peut l'écartier des côtes. L'espace resté vide, de la 6^e à la 9^e côte, espace où normalement on rencontre de la matité, rend un son tympanique. On trouve donc que le foie s'est abaissé de l'espace qu'il occupe à l'état normal.

Les résultats de la percussion changent tout de suite quand la malade est debout. Partout la percussion superficielle donne un son tympanique. Les anses intestinales se sont disposées entre la paroi abdominale et la face antérieure du foie. Le foie, situé plus profondément, ne donne de la matité que si la percussion est énergique. A remarquer, les oscillations du foie dans la cavité abdominale, qui se produisent dans les mouvements du corps d'arrière en avant, si ces mouvements s'exécutent assez rapidement. La malade sent chaque fois que son foie touche la paroi abdominale antérieure.

Dans le décubitus, il est facile de ramener le foie à sa position nor-

male, ce qui établit immédiatement les conditions plessimétriques ordinaires. Alors, dans les inspirations profondes, on voit nettement que le foie se meut et que les poumons, se dilatant, repoussent en bas le diaphragme et le foie situé à son contact.

Les résultats de la percussion de l'estomac varient avec le degré de torsion du viscère et avec la posture prise par la malade. A remarquer, l'abaissement de la région pylorique. La traction exercée par le foie se fait sentir jusque sur la rate; quand la malade est couchée sur le côté droit, ses limites atteignent presque le bord inférieur du thorax.

L'appétit de la malade a diminué; elle se plaint fréquemment surtout après ses repas, d'une sensation de pression à l'estomac, qui ne peut pas du tout tolérer certains aliments difficiles à digérer. Tout cela s'explique facilement, si l'on considère que les conditions mécaniques actuelles sont bien propres à déterminer une hyperesthésie sensible de l'estomac.

Le foie lui-même n'est pas sensible à la pression. On n'a pas observé de troubles de la défécation ni de la miction. Il n'est pas survenu d'œdème des membres inférieurs. Pas d'ictère.

OBSERVATION XLVII. — TERRIER et BAUDOUIN. *Progrès médical*, Paris, 1888, p. 121 et 123.

M^{me} P..., Émilie, âgée de 52 ans, ménagère, entre le 27 mars 1888, salle Chassaignac, lit n° 29, à l'hôpital Bichat, service de M. le Dr TERRIER.

Antécédents héréditaires. — Père : mort à 45 ans, des suites d'un accident. Mère : morte à 70 ans, ayant toujours joui d'une santé parfaite.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance, sauf le tænia. Réglée à 17 ans. Menstruation régulière, mais accompagnée chaque fois de souffrances assez vives. Mariée à 25 ans, cette femme a eu trois enfants : le 1^{er} à 25 ans; le 2^e à 26 ans 1/2; le 3^e à 28 ans. Les grossesses ont été normales; les accouchements et les suites de couches n'ont rien présenté de particulier.

Début de la maladie actuelle. — Depuis longtemps, cette femme accuse des troubles digestifs : digestions pénibles et constipation, phénomènes qui persistent encore.

Le 3 janvier 1888, la malade a dû s'aliter, par suite de douleurs très vives dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite et l'hypochondre du même côté. Ces douleurs s'irradiaient dans les lombes et au creux épigastrique. On fit le diagnostic de péritonite localisée, à ce que raconte la malade (?). Le mieux apparut au bout de quelques jours.

Quatre semaines plus tard, nouvelle poussée analogue (péritonéale, pense-t-on), avec douleurs aussi intenses. Un séjour au lit de plusieurs jours amène la cessation des accidents. La suite de l'histoire clinique de cette femme a montré qu'il s'agissait, non pas de poussées d'inflamma-

tion péritonéale, mais d'accès intermittents douloureux. En réalité, lorsqu'on l'examina à l'hôpital, on rapporta ces phénomènes à un rein flottant. Après ces deux crises, la malade constate qu'elle ne peut plus marcher qu'avec difficulté et qu'elle éprouve alors dans le ventre une sensation de pesanteur très marquée. A ce moment, elle remarque qu'elle porte une tumeur abdominale, qui, jusqu'à ce jour, n'avait pas attiré son attention. Jamais d'ictère ni de coliques hépatiques typiques. Elle n'est plus réglée depuis 6 ans. Elle est envoyée à l'hôpital Bichat, par M. le Dr Verchère.

État actuel, le 4 mai 1888. — Bonne santé générale; pas d'amaigrissements. Bon facies. Pas de troubles digestifs notables, pas de vomissements, etc. Cependant l'appétit est peu marqué, les digestions difficiles.

La malade éprouve des douleurs qui ont les caractères suivants : elles siègent dans la région lombaire du côté droit, et dans l'hypochondre du même côté; elles varient en intensité, suivant les conditions dans lesquelles se trouvent cette malade. Quand la malade est couchée, elles sont à peine appréciables; elles disparaissent presque par le séjour au lit prolongé. Elles augmentent pendant la station assise et se traduisent alors par une sensation de tiraillement dans les lombes. Dans la station debout, elles sont beaucoup plus marquées, deviennent vives quand la malade reste longtemps dans cette position; elles s'accompagnent de pesanteur au bas du ventre. Pendant la marche, elles augmentent encore; la malade, pour pouvoir marcher, est obligée, dit-elle, de tenir son ventre à pleines mains; elle diminue ainsi l'intensité des tiraillements qu'elle ressent. — Actuellement, et depuis son séjour à l'hôpital, il n'y a pas de crise douloureuse spontanée, survenant sans cause, sans déplacement brusque de la malade, comme cela a eu lieu deux fois déjà. Pas de sensations anormales dans le reste du corps. On peut palper le côté droit du ventre sans provoquer une douleur bien notable; cependant quand on essaye d'imprimer des mouvements à la tumeur abdominale, quand on déprime assez fortement la paroi, on détermine un peu de douleur, surtout en un point situé près de l'ombilic.

Lors de l'examen au lit, le ventre ne paraît pas plus volumineux qu'à l'état normal. La paroi abdominale est assez souple et dépressible.

A la palpation de l'hypochondre droit et de la région périombilicale du même côté, on sent une grosse tumeur lisse, du volume presque des deux poings, solide, un peu allongée, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; elle commence à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes, descend jusque dans la fosse iliaque droite, et n'est éloignée de la ligne blanche que de deux travers de doigt. Cette tumeur est extrêmement mobile; on la déplace facilement dans tous les sens, mais d'une quantité relativement minime. On peut la saisir, l'envelopper, pour ainsi dire, avec les deux mains, à travers la paroi, en la saisissant par en bas surtout; elle ne présente pas de bosselures, mais ses limites sont peu

précises. On ne peut préciser son extrémité supérieure, tandis qu'en bas elle se termine par un bord plus appréciable. L'examen et la palpation de la région lombaire ne donnent pas de renseignements précis. On ne peut se rendre compte si le rein est ou n'est pas à sa place habituelle. La tumeur est mate dans toute son étendue et, quand la malade est debout, elle fait une saillie assez notable qu'on ne constate pas dans le décubitus dorsal.

Pas d'ascite. Pas de troubles du côté des urines: pas de pus, pas de sang, etc. Rien du côté des organes génitaux internes ni des autres appareils.

Le diagnostic posé est *rein flottant à droite*.

Opération le 8 mai 1888, par M. Terrier qui fait, de parti pris, une laparotomie exploratrice, se réservant d'intervenir ensuite suivant les circonstances. Les aides sont MM. Quénu et Périer. Instruments stérilisés à l'étuve Wiesneg par M. le Dr Poupinel. Précautions antiseptiques habituelles. La malade est sondée avant l'opération.

M. Terrier fait une incision sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, d'une longueur de 4 à 5 travers de doigt, au bistouri. Il explore alors la cavité abdominale avec la main introduite par la plaie. L'incision primitive est agrandie aux ciseaux par en bas, de 4 à 5 travers de doigt. A ce moment se présente, entre les lèvres de l'incision, une tumeur brunâtre, qui a tous les caractères d'une portion du foie. L'exploration de la cavité abdominale montre que le rein est bien en place et nullement malade. La tumeur, qu'on sentait pendant la vie, est constituée par un *lobe de foie très développé et qui descend vers l'ombilic et la fosse iliaque droite*. D'ailleurs, ce lobe hépatique paraît un peu malade; il est dur, comme sclérosé, mais sans irrégularités à sa surface. Il n'y a pas de kyste hydatique du foie.

En poursuivant l'examen des organes de la cavité abdominale, on trouve la vésicule biliaire non distendue, mais occupée par un assez *volumineux calcul*. Ses parois sont exactement appliquées sur le calcul.

M. Terrier se résout à faire la cholécystotomie seulement. Il dissèque le fond de la vésicule en plaçant des pinces à pression sur ses parois, le sépare du tissu hépatique, puis ouvre ce fond. Il extrait, par cette ouverture, un gros calcul biliaire, de la forme et du volume d'une forte olive et qui pèse 11 grammes. Les bords de l'ouverture sont saisis entre les mors de plusieurs pinces à forcipressure et attirés au dehors, en rassemblant en un faisceau toutes les pinces. Une petite éponge a d'abord été placée dans l'intérieur de la cavité de la vésicule biliaire, après nettoyage de cette cavité, pour empêcher la bile de s'écouler dans la cavité péritonéale. Il paraît y avoir un peu de *péricystite*, surtout près du col.

Le fond de la vésicule biliaire ouverte étant maintenu au niveau de la plaie abdominale, à l'aide des pinces sur lesquelles on exerce une traction suffisante, on suture la plaie abdominale au-dessous de la vési-

cule, à l'aide de 3 fils d'argent. La suture est de même faite au-dessus, à l'aide de 4 fils d'argent.

L'aiguille tubulée, à ce moment, blesse le lobe du foie qui forme la tumeur ; il y a une petite hémorrhagie par cette plaie hépatique. On fait dans ce point une suture du foie avec du fin catgut. La tumeur est replacée dans le ventre, mais sans être fixée à la paroi.

Au niveau de l'ombilic, on suture alors à la paroi abdominale les bords de l'incision de la vésicule biliaire. Les sutures, au nombre de 6 à 7, sont faites à l'aide de crin de Florence aseptique. Une petite éponge est maintenue tout le temps dans l'intérieur de la vésicule. On la remplace, en ce moment, par un gros drain en caoutchouc qu'on enfonce jusqu'à l'autre extrémité, jusqu'au col, et sur lequel on fixe une épingle de nourriture stérilisée à l'étuve. On complète l'opération par des sutures superficielles au crin de Florence, dans la partie susombilicale de l'incision. Pansement antiseptique (gaze iodoformée, etc.) après lavages à l'eau phéniquée de la plaie. Durée de l'opération. trois quarts d'heure.

Suites opératoires. — Depuis le jour de l'opération, la malade n'a jamais eu une température axillaire supérieure à 37°,4.

8 mai, soir. 37°,2 ; pouls, 100 ; R. 24.

Le 9. Rien à noter, sauf deux vomissements glaireux. Urine, 800 gr. Champagne, eau de Seltz, glace, R. 23, P. 92, T. 37°.

Le 10. Pansement. De la bile est sortie en grande quantité et a imprégné la plus grande partie du pansement. On enlève le drain placé dans la vésicule. Urine, 800 grammes. Mêmes boissons. P. 88, R. 22, T. 37°,2.

Le 11. Gaz par l'anus, sans sonde. Urine, 700 grammes. Lavement boriqué. Une selle. Lait. P. 94, R. 22, T. 37°, 2.

Le 12. Pansement ; pièces de pansement imprégnées de bile. Erythème léger biliaire, au pourtour de la plaie abdominale, s'étendant à quelques centimètres. Ventre un peu ballonné. Éructations. Urine, 700 grammes. P. 94, R. 22, T. m. 37° T. s. 37°. Le pansement est refait à l'acide borique (lint boriqué).

Le 13. Pansement. L'érythème a gagné en étendue, malgré le changement de pansement. L'écoulement de bile est très abondant. Pansement à l'acide borique. On enlève les fils d'argent. Pansement tous les jours depuis le 14 mai.

Le 18. L'érythème existe encore, mais diminue. En quelques points, excoriations. Pansement avec de la vaseline boriquée et du lint boriqué.

Le 20. Il n'y a que le pourtour de la plaie qui soit encore un peu rouge. On enlève les crins de Florence (sutures superficielles), sauf ceux qui unissent la vésicule à la peau. La bile s'écoule toujours en abondance.

Le 25. On enlève les crins de Florence qui réunissent la vésicule à la peau. La fistule n'a pas beaucoup diminué de calibre. Même écoulement de bile.

Le 31. La malade souffre beaucoup depuis hier au niveau de l'ombilic. La bile sort toujours en grande abondance.

2 juin. Les douleurs ont diminué. La bile sort toujours en grande quantité. Encore un peu d'érythème.

Le 9. Va très bien. Plus d'érythème. La bile sort un peu moins ; la fistule paraît se rétrécir peu à peu.

Le 13 juin. La fistule s'est notablement rétrécie, mais la bile sort encore d'une façon notable. Très bon état général ; l'opérée souffre parfois dans l'hypochondre droit, mais les douleurs sont très peu intenses.

Le 14 juin. Elle sort de l'hôpital sur sa demande, avec une petite fistule biliaire, dont l'orifice pourrait admettre un stylet.

Le 31 juillet. La malade revient voir M. Terrier. Depuis l'opération, elle ne ressent plus de douleur vive, elle n'a pas eu d'accès douloureux de crises analogues à celles qu'elle présenta jadis à deux reprises différées. Elle porte la ceinture abdominale des laparotomisées ; mais, malgré cela, pendant la marche, elle éprouve encore une sensation de pression abdominale au niveau de la tumeur hépatique ; de même après un accès de toux ou une fatigue quelconque. L'état général est excellent. Bonnes digestions, mais encore de la constipation. La plaie est complètement cicatrisée ; il reste seulement, en un point, un peu à gauche de l'ombilic, un petit bourgon charnu de la grosseur d'une lentille au sommet duquel existe un très fin pertuis, à peine visible. Par là s'écoule un peu de bile. La cicatrice abdominale a 15 cent. ; le nombril se trouve à 1 cent. au-dessous de son milieu ; elle est légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Le foie présente à sa partie antéro-inférieure la tumeur qui, à un examen superficiel, donne toujours la sensation d'un rein mobile. Cependant, aujourd'hui que l'on sait qu'il s'agit d'un lobe du foie flottant, on se rend assez facilement compte, en palpant avec attention la région, que le rein n'a rien à voir avec cette tumeur. En effet, si appliquant une main dans la région lombaire, on place l'autre sur la paroi abdominale, après avoir soulevé et relevé un peu le lobe hépatique flottant, si l'on exerce avec cette même main une pression modérée sur les parties qu'elle recouvre, on sent manifestement l'extrémité inférieure du rein droit, en place ; et si l'on accentue la pression, on a la sensation de quelque chose qui fuit sous les doigts : c'est le rein qui remonte un peu dans sa loge celluleuse. — D'autre part, à la percussion de l'hypochondre droit, on trouve que le foie est volumineux, et qu'il y a un léger abaissement de la limite supérieure de la matité hépatique. Celle-ci, en effet, ne commence dans le décubitus dorsal qu'à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, sur la ligne verticale passant par le mamelon, c'est-à-dire au niveau du sixième espace intercostal droit.

Le lobe flottant a des dimensions telles qu'on note 26 cent. de l'appendice xiphoïde à son extrémité inférieure, un peu douloureuse à la pression, qu'il dépasse de 17 cent. le rebord des fausses côtes sur la ligne mamillaire. Il a une largeur d'environ 12 cent. à sa partie moyenne,

qui correspond à une ligne horizontale, passant par les 12^{es} côtes. Il y a 18 cent. de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'extrémité inférieure de ce lobe hépatique se termine, sur cette ligne, à 10 cent du nombril. Le reste du ventre est souple. Rien à noter dans les autres organes.

On touche au thermocautère le pertuis par où sort la bile.

OBSERVATION XLVIII. — R. PICHEVIN. *Progrès méd.*, 1888, p. 253.

Au n° 5 de la salle Sainte-Claire, était couchée une femme de 50 ans, entrée à l'hôpital pour une affection chronique, qui devait l'emporter peu de temps après son admission.

État actuel. — L'examen méthodique des viscères fait constater par la palpation et la percussion, que le foie n'est pas augmenté de volume. Au-dessous des côtes, dans la ligne axillaire, et au niveau de l'épigastre la sonorité est parfaite, et le palper n'indique la présence d'aucune tuméfaction. En explorant l'abdomen, nous tombons sur une tumeur, qui occupe le côté droit du ventre, et se termine par un rebord lisse, à la partie la plus inférieure de la fosse iliaque droite. Il est impossible de délimiter la partie supérieure de la tumeur qui remonte dans le flanc droit, et qui ne semble avoir aucun rapport avec l'organe hépatique.

La tumeur est dure, lisse à sa surface, plus longue de haut en bas, que large transversalement. Elle est douée d'une certaine mobilité, transversalement et surtout de bas en haut ; à un certain moment, sous l'influence de quelques manipulations, elle glisse sous nos doigts, et remonte. Cependant la tumeur est encore perceptible dans le flanc droit. L'examen attentif des régions lombaires montre que le côté droit est aplati, par rapport à l'autre côté. A droite, il y a une légère dépressibilité des parties molles, un certain degré de sonorité par rapport à la région rénale gauche.

La malade n'avait jamais éprouvé aucune gêne, aucune douleur, pouvant se rattacher à une affection rénale ou hépatique, ou à un déplacement du rein. Cependant, le diagnostic du rein mobile ne semblait pas douteux. (Nous négligeons les symptômes pulmonaires présentés par la malade).

Cette femme fut bientôt enlevée par sa tuberculose. A l'ouverture de l'abdomen, on constate dans le flanc, et dans la fosse iliaque droite, un *lobe flottant du foie*. Ce lobe, de forme quadrilatère, long de 20 centimètres sur 10 de large environ, se détache du bord inférieur du foie, et au lieu de se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure, tombe presque verticalement en arrière et se met en contact avec la fosse iliaque. En soulevant ce lobe, on rencontre un *rein mobile* dont l'extrémité inférieure dépasse à peine la partie la plus inférieure de la portion flottante du foie. Il est aisé d'imprimer à la glande un mouvement des-

pendant, et qui la porte plus bas que le lobe du foie; il est bien plus facile de la faire remonter ensuite dans la direction de la colonne vertébrale. Les vaisseaux du rein droit sont beaucoup plus longs que ceux du rein opposé.

OBSERVATION XLIX. — SZIGETHY. *Pest. med. chir. Presse.* Budapest, 1889, XXV, 1013.

Un paysan de 42 ans, se plaignant de dyspnée et d'un accroissement de volume considérable de son ventre, se présente dans l'état suivant : La couleur du malade, assez bien nourri, est subictérique, à peine plus prononcée que celle d'un individu brun. Les conjonctives sont également faiblement colorées en jaune. La respiration est difficile.

Résultats de la percussion du thorax : Son clair et plein, sur la ligne parasternale gauche, jusqu'au bord inférieur de la 4^e côte; sur la ligne mamillaire gauche, jusqu'au bord supérieur de la 6^e côte; sur la ligne axillaire gauche, jusqu'au bord inférieur de la 7^e côte. Du côté droit, les limites du poumon atteignent : sur la ligne parasternale, le bord inférieur de la 5^e côte; sur la ligne mamillaire, la sixième; et sur la ligne axillaire, le bord supérieur de la septième côte; plus bas, le son est mat, avec un timbre tympanique de place en place. Les bruits du cœur sont normaux, fortement accentués. La circonférence maxima du ventre est de 110 centim.; le ventre est très tendu, fluctuant, la percussion donne un son mat partout; si le malade est couché, selon la position qu'il prend, on trouve un son tympanique sur une étendue plus ou moins grande; mais alors sur le côté droit du thorax, aux endroits où le son était tympanique, on trouve de la matité. Les extrémités inférieures sont tuméfiées, non oedémateuses. Szigethy ne peut indiquer quelle était la quantité d'urine émise par jour; son poids spécifique était de 1020, sa réaction neutre; elle contient peu d'albumine.

Pour établir le diagnostic, Szigethy conseilla au malade la ponction; mais celui-ci n'y consentit pas. Dans les conditions indiquées, l'hypothèse d'un foie flottant paraissait la plus justifiée, surtout à cause de l'existence d'un timbre tympanique à la place de la matité normale du foie. On pouvait rejeter l'idée d'un traumatisme, de la syphilis, de l'alcoolisme et d'autres état pathogènes; pour le cancer du foie ou les cysticerques, il n'y avait aucun symptôme.

Szigethy prescrivit des diurétiques. Mais le malade, inquiet, se rendit à une station thermale et le hasard voulut que le ventre commençât à diminuer de volume dès les premiers jours. Après 14 jours le malade présentait l'état suivant : Embonpoint moindre; coloration de la peau faiblement jaune. Respiration libre.

Résultats de la percussion : Sur la ligne parasternale gauche, jusqu'au bord inférieur de la 4^e côte, son plein et clair, devenant mat plus

bas; sur la ligne mamillaire gauche, jusqu'au bord inférieur de la 6^e côte, son clair et éclatant; plus bas, matité avec timbre tympanique; sur la ligne axillaire gauche, la matité commence au bord supérieur de la 9^e côte. Du côté droit, sur les lignes parasternale et mamillaire, son clair et éclatant jusqu'au bord supérieur de la 6^e côte; plus bas, son tympanique; il en est de même sur la ligne axillaire droite et dans le dos; sur la ligne axillaire, le son est plein jusqu'au bord supérieur de la 7^e côte; dans le dos, jusqu'au bord inférieur de la 8^e; plus bas, il possède une résonance tympanique. Ces résultats correspondent à la station verticale.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal, en dedans de la ligne mamillaire. Les bruits du cœur ne sont pas altérés. La circonférence du ventre est de 82 cent., la paroi abdominale est très relâchée, dans la portion inférieure de l'abdomen, il y a une fluctuation qui atteint à peu près l'ombilic. Dans le décubitus dorsal on sent, dans la région supra-ombilicale gauche, un corps lisse, consistant, à bords mousses, dont le bord inférieur se sent, sur une ligne horizontale passant par l'ombilic jusqu'à la ligne axillaire gauche postérieure; puis il s'infléchit vers la profondeur; le bord inférieur de ce corps forme, en avant et en haut, un dôme à courbure très marquée, si bien qu'il passe à 4 cent. au-dessus de l'ombilic, puis, par une courbure regardant à gauche et en haut, atteint le rebord inférieur des fausses côtes. Là, il forme une dépression et se continue sous la paroi thoracique. Ce sillon se continue sur tout le corps en question le long de la ligne mamillaire prolongée et on y sent très nettement un cordon dur. Suivant ce sillon, la largeur du corps anormal est de 12 cent.; sa longueur jusqu'à la ligne axillaire gauche est de 30 cent.

Si l'on récapitule tous les symptômes; il devient évident qu'on a affaire au foie. Les bords, les dimensions, la forme et la consistance du corps en question ne peuvent être rapportés qu'au foie. De la ligne verticale passant par l'ombilic, jusqu'au sillon dont il a été question, sillon dans lequel il est facile de reconnaître la présence du ligament sus-penseur, on sent le lobe gauche du foie; la portion volumineuse qui s'étend en arrière représente le lobe droit. Une autre preuve est le fait qu'on ne trouva pas le foie à sa place, à droite; au lieu de la matité normale, on obtint le son tympanique des intestins gonflés nageant dans le liquide de l'ascite.

Par conséquent, le foie mobile avait provoqué l'ascite en se portant de gauche à droite, après avoir complètement rompu ses ligaments suspenseurs, se retournant complètement et par suite tordant ses vaisseaux sur eux-mêmes. Alors, lorsque le malade, après avoir pris des laxatifs et des diurétiques, s'était rendu dans une station thermale, le foie, ayant de nouveau changé de position, avait de nouveau déroulé ces vaisseaux et l'ascite avait commencé à diminuer.

OBSERVATION L. — M. EINHORN. *Med. Monatsch.* New-York, 1889, I, 351-353.

Le malade, Louis Bauer, a 57 ans ; il est menuisier et a toujours été bien portant. En août 1857, il a eu la fièvre jaune et en a guéri. En février 1889, le malade fut pris, au milieu de son travail, d'un gros frisson et de vertiges ; il ne pouvait se tenir debout et il fallut le mettre au lit. Il commença à vomir et ressentit des douleurs dans la région abdominale antérieure et dans le dos. Il fut transporté le même jour à l'hôpital de New-York ; il n'y resta alité que cinq jours et ne croit pas avoir eu la fièvre. Après avoir passé 10 jours à l'hôpital, il en sortit guéri. Le malade dit que, pendant cette maladie, il a commencé à souffrir de gêne respiratoire ; cette gêne n'a pas disparu depuis ; il ne pouvait plus beaucoup travailler et avait du mal à monter les escaliers. En outre, depuis le mois de février dernier, le malade a souvent éprouvé en travaillant une sensation de pression dans la région épigastrique, sensation qu'augmentaient la respiration et les mouvements rapides et qui s'accompagnait souvent d'oppression. Le malade prit l'habitude d'appuyer ses mains sur son ventre, ce qui produisait un mieux. Depuis cette époque il remarqua une tuméfaction de la région abdominale supérieure.

Le malade déclare n'avoir jamais bu de whisky, et de la bière en petite quantité seulement.

État actuel. — L'inspection de l'abdomen montre sur toute la région épigastrique une proéminence ovale aplatie qui, par son bord inférieur, arrive à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Si l'on fait respirer le malade profondément, on remarque que pendant l'expiration, au-dessus de la tumeur, la peau se déprime profondément sous le côté droit de la paroi thoracique, de telle sorte qu'il existe entre la moitié droite du thorax et la tumeur un espace qui reste immobile pendant la respiration. La percussion donne un son mat dans toute la région qui correspond à la voussure visible à l'extérieur ; cette matité s'étend vers le haut jusqu'à un travers de doigt au-dessus du bord inférieur du thorax du côté droit ; du côté gauche, elle s'étend jusqu'à la ligne méso-sterno-mamillaire, et vers le bas jusqu'à 1 ou 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans la moitié droite du thorax, on obtient le son pulmonaire normal partout, presque jusqu'au bord inférieur du thorax.

Si l'on examine le malade couché, les résultats sont les mêmes. La palpation décèle une tumeur de consistance assez solide, à surface lisse, sphéroïdale ou plutôt ovoïde, se laissant déplacer à droite et en haut. Si l'on refoule la tumeur vers le haut et qu'on la fasse maintenir en place par le malade, la voussure disparaît ; la percussion donne un son tympanique clair jusqu'à une largeur de main au-dessus de l'ombilic, tandis qu'à la partie inférieure et postérieure du thorax il apparaît de la matité.

Au cœur on ne trouve rien d'anormal ; quant aux poumons, on n'y trouve rien de particulier, à l'exception de quelques ronchus isolés. Du côté de l'appareil digestif, rien. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Il résulte des données qui précèdent que la tumeur est nécessairement identique au foie : sa configuration, l'absence de matité dans la région hépatique et la possibilité de refouler la tumeur à la place qu'occupe le foie à l'état normal le prouvent. Il est donc établi que nous avons affaire à un foie mobile.

La question est maintenant de savoir, d'une part si cette ectopie du foie est congénitale, ou s'est développée plus tard, et d'autre part si les accidents dont le malade souffre peuvent être attribués à l'abaissement du foie.

Si l'on tient compte des données fournies par l'histoire de la maladie on doit supposer que le déplacement s'est fait peu à peu, à une date postérieure à la naissance, et que les accidents sont dus à cette situation anormale. On peut facilement admettre qu'au mois de février dernier, comme notre malade était occupé à raboter, il a partiellement rompu ou relâché les ligaments de son foie, rendant ainsi possible la chute de ce viscère ; cet événement pourrait bien avoir provoqué le gros frisson et les autres phénomènes maladiques que le malade a présentés au mois de février. Le foie abaissé exerce des tractions sur le diaphragme, le tire vers le bas, causant ainsi une dilatation des poumons. Ces circonstances anormales expliquent la gêne respiratoire éprouvée par le malade.

Pour ce qui est du traitement, j'ai fait porter au malade un bandage large comme la main autour de la région abdominale supérieure. Le malade déclare que depuis il se sent mieux ; en particulier, il peut travailler et marcher beaucoup plus facilement et sans gêne respiratoire.

OBSERVATION LI. — CURTIUS. *Sympt. und ætiol. der Wanderleber in Anschluss an einen Solchen fall.* Halle, 1889.

La malade a 41 ans. Elle prétend n'avoir jamais été malade, et ne souffrir que depuis quelques années d'oppression dans la région gastrique et d'éruptions fréquentes. La maladie actuelle a commencé peu à peu par de la lassitude, un sentiment de faiblesse et des battements de cœur ; la malade avait constamment un mauvais goût dans la bouche et des éructations fréquentes. Depuis 7 ans elle ne pouvait plus porter de corset, parce qu'elle souffrait même s'il était peu serré. Depuis cette époque, la malade portait un bandage de corps, avec une brassière tout en haut. Cet accoutrement faisait cesser les douleurs. Depuis deux ans, les accidents se sont aggravés ; c'est ainsi que l'éternuement lui causait des douleurs assez fortes pour qu'elle cherchât à le réprimer autant que possible ; en même temps, elle croyait entendre dans son abdomen un bruit ressemblant à de la crépitation et à des craquements. En outre,

il y avait un peu de dyspnée et des douleurs à chaque inspiration profonde. La malade souffrait beaucoup de ses éructations, dont la fréquence avait augmenté.

Au printemps de 1887, comme la malade était occupée à étendre du linge sur des cordes, elle fut prise de douleurs abdominales mal localisées et assez intenses pour la forcer à se coucher. Le repos les fit diminuer. A partir de cette époque, tous les troubles et tous les symptômes maladifs déjà existants s'accrochèrent. En novembre 1887, la malade remarqua, dans le côté droit du ventre, une tuméfaction dure, ne causant pas de douleurs, mais une sensation désagréable de pression, et cela d'une façon discontinue. En même temps que la tumeur, apparurent sur le visage et les mains des taches brun clair, qui devinrent peu à peu marquées. Mais il n'y a jamais eu de coloration ictérique généralisée de la peau.

Déjà depuis deux ans, mais surtout alors, la malade ne pouvait tolérer les aliments gras, parce que leur absorption était suivie de sensations de brûlure à l'estomac et d'éructations violentes. Les selles étaient très régulières, jamais de couleur argileuse; pas de constipation. Tout à coup la malade se mit à avoir, de temps en temps, du météorisme et une sensation très désagréable de réplétion, accompagnée d'une aggravation des douleurs causées par la tumeur. A cette oppression, très désagréable, venaient s'ajouter des palpitations et un sentiment de gêne, de pression cardiaques. Ces symptômes disparaissaient aussi vite qu'ils étaient venus, et, en même temps, les anciennes éructations recommençaient, par accès de cinq à six chaque fois; mais jamais il n'y eut en même temps de flatuosités, bien que la malade éprouvât la sensation correspondante. Après quoi, l'oppression disparaissait pour faire place à une sensation de bien-être relatif. Ces phénomènes se produisaient souvent sans cause apparente, mais ne manquaient jamais d'apparaître après l'absorption de substances grasses ou difficiles à digérer. La respiration était devenue encore plus difficile qu'auparavant; la malade ne pouvait respirer que superficiellement, car toute inspiration profonde s'accompagnait de douleurs lancinantes, surtout en un point nettement circonscrit de la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic. L'éternuement, la toux, le bâillement provoquaient des phénomènes particulièrement douloureux. Pendant certains jours, il y avait des douleurs à la place ci-dessus désignée, même sans les causes précédentes, de sorte que la malade avait pris l'habitude de ne respirer que très superficiellement, parce qu'alors ses douleurs avaient le minimum d'intensité.

En mai 1888, le travail musculaire pénible, la station et la marche prolongée commencèrent à produire chez la malade des douleurs lancinantes de la région sacrée s'irradiant vers l'estomac et la région ombilicale. Ces douleurs étaient parfois assez violentes pour arracher des cris à la malade et déterminer une dyspnée intense. Généralement, elles apparaissaient

d'une façon subite, foudroyante, et disparaissaient après 3 à 4 minutes, quand la malade restait bien immobile, pour faire place à un bien-être absolu. La malade insiste surtout sur ce point, que dans ces accès elle se sent mieux assise que couchée, surtout quand elle presse avec la main contre sa tumeur. Pendant l'été, même en l'absence de toute cause extérieure, mais surtout à la suite de travaux pénibles, apparaissent des douleurs dans la région sacrée. La malade prétend les avoir éprouvées surtout à la suite d'efforts exécutés avec la main droite, et avoir pu accomplir avec la gauche des travaux manuels pénibles sans provoquer leur apparition. Depuis cette époque, il y a constamment une sensation de poussée vers le bas, sensible surtout le soir, quand la malade se met au lit, lui faisant soupçonner un commencement de prolapsus et éprouver une sensation de l'ordre de celles qui annoncent la parturition.

Jusqu'en mai 1888, quand la malade est au lit, elle préfère le décubitus dorsal, qui ne lui cause aucune douleur; le décubitus latéral gauche est très bien toléré, comparé à celui sur le côté droit, qui cause constamment des douleurs lancinantes, surtout en ce point circonscrit cité plus haut. De ce point, les douleurs s'irradient ensuite vers la tumeur.

La tumeur n'était nullement fixe; au contraire, la malade déclarait expressément que dans la station verticale celle-ci était plus bas que dans la position horizontale. Dans le repos au lit, il n'y aurait pas eu non plus de sensation de compression et de poussée vers le bas. Seulement, quand la malade se retournait du dos sur le flanc, il y avait des douleurs à gauche dans la région abdominale. Dans la région splénique également, il y aurait eu parfois des douleurs violentes, lancinantes, à apparition subite. Durant les deux dernières années, la malade avait vu son état général empirer considérablement; son poids diminuer; elle se sentait fatiguée et peu disposée au travail. Elle se plaignait aussi d'être constamment de mauvaise humeur, beaucoup plus excitable et beaucoup plus irritable qu'auparavant.

Du côté des voies génitales et urinaires, il y avait aussi, depuis l'apparition de la tumeur abdominale, des phénomènes maladifs, la quantité d'urine émise aurait augmenté. L'urine était plus foncée qu'auparavant et, lors de l'admission dans le service, contenait de l'albumine.

Sur la menstruation il y aurait encore à dire que celle-ci a commencé au cours de la 16^e année et a toujours été régulière et typique; pendant l'été de 1888, il y eut une perturbation, en ce sens que pendant tout le mois de juin il y eut des hémorrhagies. Lors de ses quatre accouchements, la malade n'eut jamais besoin de recourir à l'assistance d'un médecin; les couches ont été complètement normales. Le dernier accouchement remonte à 13 ans. Jamais il n'y a eu d'affections puerpérales et jamais la malade n'a remarqué que sa paroi abdominale fût particulièrement relâchée.

Conformément au traitement en vogue jusqu'à nos jours, on s'est sur-

tout occupé des troubles digestifs, et en dehors des prescriptions médicamenteuses, on a recommandé à la malade de manger souvent, mais jamais trop à la fois, et de s'abstenir autant que possible d'aliments gras.

En outre, elle a porté un bandage de flanelle qui, à ce qu'elle dit, diminue la sensation de compression dans la région abdominale et lui donne l'idée que son ventre est plus solide.

État actuel (14 juin 1888). — La malade est d'une taille inférieure à la moyenne, mal nourrie, et pèse 43 kilogr. 750. Le système musculaire est relâché et peu développé. La peau est fanée et présente aux places ci-dessus désignées une coloration jaune avec des taches plus fortement pigmentées, brunâtres. Le tissu cellulaire sous-cutané ne contient que peu de graisse. Quand la malade est debout, on voit, dans la moitié droite du ventre, une légère voussure antérieure s'étendant du rebord des fausses côtes jusqu'à l'os iliaque; cette voussure est un peu moindre quand la malade est couchée, mais toujours nettement visible. L'abdomen ne se présente nullement comme un ventre pendant, mais, en raison du faible développement des muscles et de la graisse sous-cutanée, la paroi abdominale paraît un peu relâchée. Sur les jambes il n'y a pas de varices; nulle part d'ailleurs on ne peut découvrir de signe extérieur d'un trouble de la circulation sanguine. Sur la ligne parasternale, le poumon gauche atteint le bord inférieur de la cinquième côte; sur la ligne axillaire, il s'avance jusqu'à la septième. Les limites postérieures des deux poumons et le poumon droit en entier présentent des rapports normaux. Le murmure respiratoire est, des deux côtés, nettement vésiculaire; on ne trouve nulle part de signe d'emphysème; la durée de l'expiration n'est pas augmentée. Le cœur présente ses limites ordinaires; à remarquer seulement l'intensité des bruits cardiaques. Par la palpation abdominale, qui, pratiquée sous le chloroforme, et grâce au relâchement, peu considérable d'ailleurs de la paroi, est assez instructive, on peut sentir une tumeur s'étendant du rebord inférieur des fausses côtes jusque dans le grand bassin. La surface de cette tumeur est lisse et sa consistance assez solide. Du côté droit, elle paraît arrondie et sa surface fuit dans la profondeur, de sorte qu'on ne peut la circonscrire avec les mains. Vers la gauche, elle présente un bord assez marqué; à peu près au milieu de ce bord se trouve un angle rentrant qui fait que la tumeur a, de ce côté, l'apparence d'un sablier. Impossible de sentir par la palpation la vésicule biliaire. La tumeur est extrêmement mobile et on peut la refouler facilement à droite et en haut; il est même possible de lui faire occuper la place du foie normal. Il est plus difficile de la déplacer vers la gauche. On ne peut pas lui faire dépasser de beaucoup la ligne blanche; vers le bas, sa mobilité est nulle ou à peu près. La direction de la tumeur est à peu près verticale; sa longueur, mesurée du bord inférieur de la cinquième côte jusque dans le grand bassin, est de 27 centim., 5. A l'except-

tion d'un certain point situé au-dessus de l'ombilic, et où la tumeur présente sa largeur maxima (environ 17 centim.), la tumeur n'atteint pas la ligne blanche et ne s'en approche que jusqu'à 2 ou 3 centim. A la hauteur de l'ombilic, sa distance à la ligne blanche est presque de 3 centim., et elle s'étend vers la droite jusqu'à 18 centim. de ce point. La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic est, à droite, plus grande qu'à gauche ; d'un côté, elle est de 20 centim. ; de l'autre, de 17 centim., 5. La circonférence maxima du corps est de 80 centim.

Environ à 11 cent. au-dessus de l'ombilic, se trouve un espace grand comme une pièce de 10 pfennigs, douloureux même à une pression modérée. La tumeur en elle-même n'est pas sensible à la pression, mais la malade ressent de la douleur quand on la déplace vers la gauche, ou qu'on la fait tourner autour de son axe longitudinal. Vers le haut, sous les arcs costaux, on peut suivre la tumeur, mais seulement du côté droit, si l'on ne veut pas provoquer de douleurs. Les résultats de la percussion répondent à ceux de la palpation. En effet, le son pulmonaire clair se transforme sans limite marquée en un son tympanique ; ceci est sensible surtout sur la ligne axillaire, quand la malade repose sur le flanc gauche. Sur la ligne mamillaire, la matité commence à apparaître au-dessus du bord inférieur des fausses côtes, à peu près au niveau de la sixième ; pour peu qu'on s'avance vers le bas, elle devient complète et reste complète sur toute l'étendue de la tumeur jusque dans le grand bassin. Vers la droite, la matité atteint presque le prolongement de la ligne axillaire ; vers la gauche, elle s'avance jusqu'à 2 centim. de la ligne blanche ; au-dessous de l'ombilic seulement elle la dépasse un peu. L'axe longitudinal de la tumeur occupe donc dans l'abdomen une position à peu près verticale entre la ligne blanche et la ligne axillaire. A part cela, les rapports des viscères abdominaux, tels que les révèlent la percussion et la palpation, sont absolument normaux. L'utérus a sa position et ses dimensions ordinaires ; les ovaires ne présentent rien d'anormal. La tumeur n'a aucune espèce de connexion avec les organes génitaux.

Avant le départ de la malade, on essaya, en refoulant lentement la tumeur en haut et un peu à gauche, de la ramener à sa position normale. Mais on n'y parvint pas tout à fait et le bord antérieur du foie dépassa toujours le bord inférieur des fausses côtes. Je ne puis dire si, au-dessus de ce bord, il y avait ou non une zone tympanique. Sur ce, on plaça un bandage de flanelle autour du corps, pour maintenir autant que possible le foie dans sa nouvelle position.

Dix mois après, j'examinai de nouveau la malade et je trouvai que divers symptômes morbides avaient disparu ; en conséquence, on doit admettre que ces symptômes étaient purement secondaires, ou servaient pour ainsi dire de préface à la maladie. D'autres symptômes avaient subsisté, et il faudrait sans doute leur attribuer une importance particulière. C'est pourquoi je crois utile d'indiquer exactement quel fut le résultat de cet examen.

L'état général de la malade est meilleur qu'avant son entrée dans le service; son poids a augmenté d'une façon assez sensible et est maintenant de 52 kilog. au lieu de 43,75; mais il faut tenir compte du léger degré d'ascite, actuellement existant. La coloration de la peau est visiblement plus fraîche, et sa teinte jaunâtre, naguère très marquée, a considérablement diminué. Les règles sont régulières et normales.

Les douleurs accompagnant la toux, l'éternuement et les inspirations profondes ont disparu, mais il semble à la malade, notamment quand elle tousse ou éternue, que la tumeur tend à descendre et à tomber. Le point douloureux circonscrit, décrit plus haut, et situé au-dessus de l'ombilic, manque également, et il n'y a de sensibilité douloureuse à la pression qu'aux points correspondant à la tumeur elle-même.

Rien de changé aux symptômes morbides du côté des voies digestives. La malade ne peut toujours pas tolérer d'aliments gras, et leur absorption cause les troubles cités plus haut. Impossible de manger beaucoup à la fois: la malade est obligée de manger souvent et peu, si elle ne veut pas troubler son bien-être. Si elle prend des aliments difficiles à digérer, il y a bientôt du météorisme et des éructations violentes; puis le mieux survient. Mais même sans qu'on puisse invoquer cette cause, il y a souvent des troubles. Comme auparavant, c'est le décubitus dorsal qui est le mieux supporté; mais, à l'inverse de ce qui avait lieu naguère, c'est quand la malade est couchée sur le côté gauche qu'elle ressent des douleurs. Quand elle se retourne du dos sur le flanc, il y a encore actuellement des sensations douloureuses.

A l'inspection de l'abdomen, on trouve que le ventre est tuméfié, et bombé dans la région lombaire. Maintenant non plus il n'y a pas de chute du ventre, et en raison de l'agrandissement de la cavité, la paroi cède à la pression de la main encore moins qu'auparavant. Du côté droit, on ne voit plus de voussure en avant, mais dans cette région on sent nettement à la palpation, le foie entre les côtes et les os iliaques. Sa position est restée la même en général, mais il semble qu'il s'est porté un peu à droite de la ligne blanche; auparavant il en était distant de 2 à 3 centim.; maintenant il en est à 4 centim., 5. Au niveau de l'ombilic, la tumeur atteint une largeur de 19 centim. Par suite de l'ascite, la circonférence maxima du ventre a assez considérablement augmenté; tandis qu'elle était auparavant de 80 centim., elle atteint maintenant 93 centim. Les distances des épines iliaques antérieures et inférieures ont également augmenté, mais leur rapport est resté sensiblement le même.

Auparavant: à droite 20 centim.; à gauche 17 centim., 5

Actuellement: — 25 centim. — 23 centim.,

L'ascite se présente suivant une ligne à concavité supérieure, qui se trouve à 8 centim. de la symphyse, et obliquement à 7 centim., 5 de l'ombilic. Mais ceci n'est vrai que pour la partie située à gauche de la tumeur. Du côté droit, je n'ai pas du tout trouvé d'ascite. Tandis qu'à

gauche, quand la malade changeait de position, on pouvait par la pression constater nettement une modification dans la répartition du liquide, il m'a semblé que, de l'autre côté, il y avait toujours un son tympanique. Il n'est nullement invraisemblable que ceci soit dû à des adhérences entre le foie ou l'intestin et la paroi abdominale, car le foie ne pouvait plus être déplacé que faiblement vers la gauche, jusqu'à la ligne blanche, et au prix de douleurs assez intenses. Il était aussi impossible de ramener le foie à sa position normale, et cela pour les mêmes motifs. Comparée à ce qu'elle était auparavant, la mobilité du foie était donc limitée. Mais, comme naguère, le foie descendait plus bas dans la station verticale que dans le décubitus.

La percussion des poumons donna les mêmes résultats que lors du premier examen. Il y a lieu de remarquer, en particulier, qu'alors non plus il n'y avait nulle part d'emphysème et que le bruit respiratoire était resté vésiculaire. Les limites séparant le poumon du foie étaient restées à peu près les mêmes.

Comme auparavant, la malade se plaint de douleurs partant de la région sacrée pour s'irradier dans les deux sens autour du corps. Ces douleurs contraignent la malade à respirer plus fréquemment et plus superficiellement, ce qui les fait disparaître. Elles apparaissent par accès à la suite de station ou de marche prolongées, de même que consécutivement aux travaux manuels. Les besognes pénibles sont devenues absolument impraticables.

La dyspnée a également augmenté; elle apparaît quand la malade monte un escalier ou marche pendant un certain temps. Mais elle dépend aussi de l'ascite et n'est pas complètement en relation directe avec les souffrances principales de la malade. En dehors de l'ascite, il n'y a pas d'autres signes de troubles de la circulation; il n'y a pas de varices. Seulement, la malade se plaint toujours de palpitations fréquentes apparaissant pour les motifs les plus futiles et qui doivent être attribuées à son tempérament nerveux. En ce qui concerne les autres organes, il y aurait encore à citer un léger abaissement de l'utérus. L'urine prélevée à l'aide du cathéter est claire et ne contient pas d'albumine. Il y a la même tendance aux mictions fréquentes que par le passé.

OBSERVATION LII. — D^r SELUK. *Russkaja medicina*, St-Petersb., 1890, XVI, p. 474.

Le 13 juin 1890, à la polyclinique de l'hôpital militaire du département de Daguestan, se présenta un homme de 30 ans avec les signes suivants :

Le malade est de petite taille, d'apparence anémique et maigre.

Les téguments de l'abdomen sont très amincis et ce dernier est surtout saillant dans la moitié gauche inférieure. À la percussion le dia-

mètre transversal du cœur est un peu augmenté. Les bruits cardiaques à la pointe sont sourds; le premier bruit systolique est impur, sans bruit de souffle; le second bruit est accentué à l'aorte. Aux poumons, on entend partout un son clair et une respiration vésiculaire. A partir de la 6^e côte sur la ligne mammaire droite et à partir de la 7^e sur la ligne axillaire à peu près, le son pulmonaire a un caractère tympanique; plus loin on trouve un tympanisme net qui se prolonge sur la région abdominale. A 8 centim. au-dessus de l'ombilic, le tympanisme commence à disparaître et se transforme plus loin en une matité presque absolue qui s'étend jusqu'à l'hypochondre gauche.

Au-dessus de l'ombilic, au point de disparition du tympanisme, on sent une échancrure et le bord d'un corps lisse et glissant; en haut de l'échancrure le bord est plus tranchant, en bas il est plus obtus. Ce bord lisse et tranchant perceptible ainsi que l'échancrure appartiennent au foie. Le tympanisme net à la place qu'occupe normalement le foie, l'amin-cissement des téguments de l'abdomen avec divergence des muscles droits, la possibilité de sentir nettement l'échancrure et le bord supérieur des lobes droit et gauche du foie, enfin, la matité que donne la percussion à la place décrite, éliminent la possibilité d'une erreur de diagnostic, ainsi que la confusion avec toute autre chose.

En résumé: le foie s'était déplacé dans le sens vertical et latéral; il avait une position un peu inclinée; son lobe gauche était tourné en haut et vers l'estomac, et il occupait par ses deux tiers surtout la moitié gauche et inférieure de l'abdomen. Il ne se déplaçait ni par la pression ni par le changement de position du malade, résultat des adhérences inflammatoires.

Ce qui est le plus remarquable, c'est que, ce déplacement du foie qui existait probablement depuis la naissance, ne provoquait aucun trouble pathologique appréciable, si ce n'est qu'il gênait mécaniquement les fonctions du tube digestif.

OBSERVATION LIII. — *Deutsh. med. Wockenschrift*. MAX MANN. Leipz., 1890, XVI, 104,

Albert F..., 43 ans, ouvrier, a été vu par moi pour la première fois le 26 août 1887, c'était la seconde fois qu'il entra à l'hôpital.

Commémoratifs: Rien de particulier dans l'histoire de sa famille. Le malade a eu dans son enfance la rougeole, la scarlatine et la coqueluche. Il a toujours été bien portant et vigoureux et a fait les campagnes de 1866 et 1870-1871. Pendant cette dernière campagne, il a eu le typhus pendant 12 semaines. Le malade était jardinier, habitait une maison bien éclairée et bien aérée et était toujours à même de se nourrir abondamment. Il avoue avoir été un peu buveur.

En mai 1886, il tomba malade du scorbut et entra à l'hôpital dans cette ville.

M. le président Günther, médecin en chef de cet hôpital, a eu l'obligeance de me donner l'observation prise à cette époque. J'en extrais les quelques lignes qui suivent :

21 mai. Depuis 13 jours, dans l'après midi, le malade a eu un gros frisson suivi de fièvre. Depuis peu, ces symptômes ont un peu diminué d'intensité, mais il y a de la lassitude et de la faiblesse, des douleurs qui finissent par empêcher absolument le malade de marcher.

État actuel : Homme grand, un peu maigre, sans fièvre. Les gencives sont colorées en bleu rougeâtre, tuméfiées, mais n'ont pas de tendance aux hémorrhagies. Les viscères thoraciques sont sains. Le toie descend jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du bord inférieur des fausses côtes et présente à la palpation un bord mousse. Sur le membre inférieur gauche, sur la cuisse et surtout sur la jambe, il y a de nombreuses hémorrhagies sous-cutanées, bleuâtres, atteignant parfois les dimensions de la paume de la main. Il y en a quelques-unes, peu étendues, sur le membre inférieur droit. Le système musculaire est dur au toucher. La mobilité passive des membres inférieurs n'est pas diminuée ; quand le malade se lève, il y a des douleurs intenses.

5 juin. Les anciennes ecchymoses se décolorent. Sur la plante du pied droit, nouvel épanchement sanguin ; les gencives vont mieux.

Le 15. Amélioration de l'état général, mais il y a toujours une constipation opiniâtre. Les ecchymoses se sont presque toutes résorbées.

3 juillet. L'état est bon. L'infiltration sanguine de la jambe gauche diminue. Le malade peut se lever quelques heures.

21 juillet. Le malade se sent de nouveau faible, sans appétit. Il y a des douleurs dans la jambe gauche. L'induration a augmenté de nouveau.

Le 28. L'état s'est amélioré, les douleurs sont moindres.

4 août. Nouveaux épanchements sanguins étendus dans le membre inférieur gauche et la cuisse droite. Les gencives sont fortement tuméfiées, saignantes. Il y a de la lassitude et des douleurs.

Le 11. Beaucoup de douleurs. Il y a eu récemment un épanchement sanguin considérable dans la jambe gauche, au voisinage des malléoles.

Le 25. Les troubles ont diminué, les gencives vont mieux. Il ne s'est pas produit de nouveaux épanchements. Le malade essaie de nouveau de se lever.

11 septembre. Le malade est rétabli. L'induration des muscles a diminué ; il y a encore un peu de rigidité dans l'articulation du cou-de-pied gauche. Le malade quitte l'hôpital.

Nous voyons donc, chez un malade qui vit dans de bonnes conditions hygiéniques, qui ne boit pas beaucoup, un syndrome clinique grave apparaître en 14 jours au milieu de phénomènes de frisson et de fièvre. Les symptômes principaux de cette maladie sont : une prostration générale, la tuméfaction et le saignement des gencives, et des hémorrhagies abondantes dans la peau et les muscles des membres inférieurs. En outre,

il y a de l'hypertrophie du foie. La durée de la maladie dépasse 10 semaines, et la raison en est qu'après une amélioration passagère il y a eu de nouveau des hémorrhagies plus ou moins abondantes dans la peau et dans les muscles.

Nous sommes donc complètement fondés à considérer la maladie décrite ci-dessus comme un cas grave de scorbut.

Le 8 janvier 1887, sans cause connue, il y eut de fortes néphrorrhagies qui durèrent environ 8 jours. Le malade entre à l'hôpital. De l'observation qui fut prise alors, le 15 janvier, j'extrais ce qui suit :

Les symptômes de scorbut ont disparu, à part des taches pigmentaires sur les jambes ; à la percussion, le foie est hypertrophié et on sent, par la palpation qu'il dépasse le bord inférieur du thorax de 2 travers de doigt.

Le 20. Pendant le séjour du malade à l'hôpital on n'a pas observé de néphrorrhagies. Le malade quitte l'hôpital : il va mieux.

En juillet 1887, le malade se sent rétabli, à tel point qu'il reprend de nouveau son travail.

Au milieu du mois d'août, la malade remarque une tuméfaction de son ventre ; en même temps, il éprouve une sensation de réplétion et de constriction. Il a constamment des douleurs sourdes s'irradiant vers le thorax. Le malade, croyant que son état est dû à l'insuffisance de ses selles, recourt pendant assez longtemps aux purgatifs sans amener d'amélioration.

Le 26 août 1887, le malade rentre à l'hôpital à cause des troubles que nous venons de décrire.

Résultat de l'examen : Le malade est maigre, sa peau présente une coloration étrange, gris plombé, surtout au visage. Rien d'anormal aux viscères thoraciques. Dans la région abdominale supérieure, il existe une voussure antérieure assez marquée ; en ce point, matité. La limite inférieure de la matité présente une forme qui correspond à peu près au bord inférieur du foie. Elle commence à droite au-dessous de l'ombilic, s'étend en une courbe à convexité inférieure jusqu'au-dessus de l'ombilic ; de là, une courbe convexe plus petite s'étend jusqu'au bord inférieur du thorax du côté gauche. A la palpation, le bord inférieur de la tumeur présente nettement les caractères du bord du foie. Sa surface est entièrement lisse au toucher. La percussion montre que la rate atteint le bord inférieur du thorax ; on peut la palper. Rien d'anormal aux reins. Le reste de l'abdomen donne un son tympanique. Le membre inférieur gauche est un peu plus faible que le droit ; sur les deux il y a de vieilles taches de pigment en abondance.

Dans les premiers jours, on ne fit pas le diagnostic de la maladie, on croyait avoir affaire à un foie hypertrophié. C'est seulement au cours d'un examen ultérieur que je remarquai que l'organe était mobile dans des limites étendues, et qu'avant tout, en s'aidant de la position déclive,

le bassin étant en haut et la tête en bas, on pouvait refouler presque complètement le foie sous le thorax.

M. le conseiller intime médical Fiedler put confirmer mon observation de point en point.

Je portai donc le diagnostic de foie mobile, sans que je connusse alors cette maladie autrement que de nom. Concernant l'étiologie de ce cas, je me fis une opinion que je maintiens encore et sur laquelle jé reviendrai à la fin de cette étude.

Le 19 septembre 1887, le malade ayant repris beaucoup de forces, quitte de nouveau l'hôpital.

Le 14 mars 1888, le malade y est réadmis. Sans insister sur les événements qui suivirent, j'arrive aux résultats de l'examen actuel, résultat qui diffèrent peu de celui de l'examen pratiqué à cette date. Je décrirai d'abord les symptômes subjectifs éprouvés par le malade.

La marche et la station debout lui sont surtout difficiles et, dans ces attitudes, il éprouve constamment une sensation de réplétion abdominale, de tiraillements dans le côté droit du ventre et des douleurs dans le dos. Quand il marche vite, la respiration devient courte, il y a de l'oppression et de la sueur. Le malade ne peut pas se coucher. Pendant la journée, il reste la plupart du temps assis; de temps en temps, il se lève parce qu'il a de l'oppression. Quelquefois il est obligé de rester tout le jour au lit, parce que, quand il s'assied, le ventre se gonfle de plus en plus et les douleurs augmentent. Quand le malade est resté couché un certain temps, le ventre diminue de volume. Le malade se couche exclusivement sur le côté droit; couché sur le dos ou sur le côté gauche, il ressent des douleurs.

État actuel. — Pas de fièvre. Le malade est grand, bien constitué, maigre. Sa peau présente une couleur particulière, grise. Indépendamment de la grosseur du ventre, visible surtout dans le bord inférieur du thorax et dans la région épigastrique, on remarque que la colonne vertébrale est nettement lordosée.

Thorax. — Long, assez bombé, respiration symétrique, d'un type presque purement costal.

Poumon. — A droite, son pulmonaire plein sur la ligne mamillaire jusqu'au bord inférieur des fausses côtes, A gauche, en avant, son clair sur la ligne parasternale jusqu'au bord supérieur de la 5^e côte. En arrière, en bas, le son pulmonaire descend des deux côtés presque jusqu'à la 12^e côte; à gauche, il est immédiatement suivi d'un son tympanique. La respiration est partout purement vésiculaire, presque silencieuse. A la place de la matité absente du foie, il n'y a pas de signes stéthoscopiques anormaux.

Cœur. — Matité absolue à partir du bord supérieur de la 5^e côte; vers le bas, cette matité se continue avec celle du foie. Vers la droite, sa limite correspond au bord gauche du sternum. Vers la gauche elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt en dedans de la ligne mamillaire gauche. Le choc

de la pointe au point classique n'est ni visible, ni perceptible à la palpation. Par contre, dans la région épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde, on remarque une pulsation nette : elle a le caractère d'un mouvement de flot se propageant de la ligne médiane à la ligne qui, d'après les résultats de la percussion, constitue la limite du cœur. Les bruits du cœur et le pouls n'offrent rien de particulier. Dans l'inspiration forcée, on remarque, dans la région épigastrique et de chaque côté le long du bord inférieur des fausses côtes, de profondes dépressions.

Abdomen. — La région abdominale supérieure présente une convexité plus prononcée à droite qu'à gauche. Son bord inférieur, qui s'étend en 2 courbes convexes de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite à l'ombilic et de là au bord inférieur du thorax du côté gauche, est nettement visible quand l'éclairage est favorable. Ce bord inférieur est également nettement perceptible à la palpation, il est dur et lisse au toucher comme toute la tumeur, se déplace un peu quand le malade fait une inspiration profonde et présente dans la région ombilicale une incisure profonde.

D'après la percussion, la rate s'étend jusqu'au bord inférieur des fausses côtes; on ne peut la palper dans la station verticale. Dans cette position on n'obtient aucune donnée sur la position des reins.

Si l'on place le malade dans le décubitus dorsal, on remarque ce qui suit : Pas de changement notable dans les limites du poumon, pas plus que dans la matité cardiaque. L'action du cœur dans la région épigastrique, si nette dans la station verticale, a disparu.

Foie. — Dans la moitié droite du ventre, le bord inférieur de la tumeur a remonté de 3 centim. Sur son bord droit inférieur, on sent maintenant une seconde incisure. L'incisure qui se trouve dans la région ombilicale se sent mieux que dans la station verticale. On peut maintenant reconnaître par la palpation un sillon peu profond se dirigeant verticalement en haut à partir de cette incisure.

La rate dépasse le bord inférieur des fausses côtes de deux travers de doigt; on peut facilement la palper; à part des déplacements respiratoires peu étendus, elle est solidement fixée à sa place.

Reins. — Si l'on exerce une pression d'arrière en avant sur la région correspondant au rein gauche, celui-ci fuit en avant dans la cavité abdominale. On peut très bien y reconnaître sa forme par la palpation et une légère pression, exercée par la main abdominale, suffit pour lui faire réintégrer sa place primitive.

Décubitus latéral gauche : Sur la ligne axillaire droite antérieure, le bord droit inférieur de la tumeur descend environ à 3 cent. au-dessous de la limite inférieure déterminée dans la station verticale. L'incisure du bord droit est, par conséquent, reportée en bas et vers la ligne médiane. L'incisure qui sépare les deux bords est reportée environ à 3 centim. à gauche de la ligne médiane. La région abdominale droite moyenne est très fortement convexe.

Décubitus latéral droit : La tumeur s'éloigne à peine de la place qu'elle occupait dans le décubitus dorsal.

Si l'on place la tête du malade en bas, le bassin aussi haut que possible, on parvient à saisir la tumeur par en bas. Le bord inférieur gauche peut basculer en bas. En exerçant une pression modérée, on peut refouler la tumeur vers le haut ; alors son bord inférieur droit dépasse encore le rebord des fausses côtes de 4 centim. ; le gauche a presque disparu : A droite, en avant, le thorax rend le son pulmonaire clair jusqu'à la 6^e côte seulement, à partir de la matité. D'après la percussion, le cœur atteint en haut la 4^e côte. Dans cette position, le reste du corps ne présente rien d'anormal.

Il y a un peu de lordose et de scoliose de la colonne vertébrale. Les limites des poumons sont plus étendues vers le bas qu'à l'état normal ; le type de la respiration est purement costal. Dans l'inspiration forcée, il se produit dans l'épigastre des dépressions. Dans la région abdominale supérieure, existe une grosseur qui présente tous les caractères du foie.

La matité du foie fait défaut à sa place normale ; par conséquent, d'ores et déjà, en est fondé à conclure que le foie n'occupe plus cette place, c'est-à-dire, est reporté de dessous le thorax dans la région abdominale supérieure.

Le foie n'est pas fixé à la place qu'il occupe chez le malade ; on peut le refouler à sa place normale ; il est, en outre, susceptible de déplacements latéraux. Nous sommes donc autorisé à lui donner le nom de foie flottant.

Comme la matité du foie se continue directement avec le son dû aux poumons, aussi bien quand le foie occupe sa position la plus basse que quand il occupe sa position la plus élevée, comme, de plus, dans les deux positions extrêmes du foie on entend immédiatement au-dessus de son bord supérieur (déterminé par la percussion) le murmure vésiculaire ; que le foie étant élevé, la matité du cœur remonte d'une côte et que le choc de la pointe, si net quand le foie n'est pas relevé, disparaît ; comme enfin, dans l'inspiration forcée, il se forme des dépressions dans l'épigastre, nous concluons que le diaphragme prend part à cette mobilité anormale du foie et avec lui les organes situés au-dessus, le poumon et le péricarde avec le cœur.

Les conclusions du diagnostic physique concordent-elles avec les symptômes subjectifs ? La sensation de pression dans la région abdominale droite, de même que les tiraillements qui apparaissent dans la station verticale et dans la marche, s'expliquent par le fait que l'organe devenu flottant tend constamment à descendre. Les douleurs qui ont pour siège la région dorsale tiennent à ce que la colonne vertébrale est forcée de combattre le déplacement du centre de gravité à droite et en bas (lordose et concavité à droite). L'oppression cardiaque et la gêne respiratoire tiennent à l'abaissement du diaphragme et à la dilatation consécutive des portions inférieures des poumons.

(Suit un résumé de l'historique de l'hépatoptose.)

Dans le cas présent, une des conditions ci-dessus énoncées (pression venant de l'extérieur et augmentation du poids spécifique de l'organe) était-elle réalisée? Le malade a eu, un certain temps avant l'apparition des symptômes de l'hépatoptose, un scorbut grave qui a été décrit plus haut. La conséquence la plus importante de cette maladie, c'est que, dans les régions périphériques et principalement dans les muscles de la jambe, il se fait des épanchements sanguins importants. Que devient le sang ainsi épanché? Il est résorbé, c'est-à-dire que ses résidus arrivent dans les vaisseaux lymphatiques, de là dans le torrent circulatoire et doivent nécessairement traverser le foie. Faut-il admettre que le foie a retenu les produits résiduels de ces épanchements, la matière colorante du sang par exemple, et que, surtout en raison de la teneur de l'hémoglobine en fer, son poids spécifique et son poids absolu ont augmenté? Faut-il admettre qu'en raison de l'étendue et de la répétition fréquente des hémorrhagies intramusculaires, la quantité de matière colorante accumulée dans le foie a été assez considérable pour que le foie, devenu plus lourd, soit devenu flottant?

Telles furent nos vues purement théoriques. Il fallait maintenant vérifier si, dans les cas de scorbut, on avait déjà observé des dépôts de matière colorante dans le foie. A mon grand regret il me fut impossible de trouver, dans la bibliographie du scorbut, une indication à ce sujet. Finalement je trouvai un travail de Hindenlang, de la clinique de Bäumler à Fribourg, intitulé : « Infiltrations pigmentaires dans les ganglions lymphatiques, le foie et les autres organes dans un cas de morbus maculosus Werlthofii ». Cet ouvrage contenait tout ce qu'il me fallait. On y voyait décrit un dépôt considérable de matière colorante dans le foie, surtout dans le tissu entourant les acini. La teneur du viscère en fer aurait été considérablement augmentée. Les dessins caractéristiques que Hindenlang a joints à son ouvrage ont été présentés par moi, à cette époque, à la Société des sciences naturelles et de médecine.

Je me considérai donc comme fondé à vous présenter mon cas comme un cas de foie pigmenté mobile.

Les vues ingénieuses de Landau m'ont encore fourni d'autres éléments étiologiques pour expliquer mon cas. Le scorbut dont le malade a souffert a eu, en dehors des altérations locales de la peau et des muscles, d'autres conséquences pour l'organisme. Les épanchements sanguins signifient pour l'économie perte de matériaux, par conséquent augmentent les dépenses; l'anorexie, par suite des phénomènes de putréfaction rapide dont la cavité buccale est le siège, et la diminution de la quantité des aliments ingérés par suite de l'altération des gencives, diminuent les recettes; toutes raisons suffisantes pour que les produits de réserve du corps, comme la graisse dans la cavité abdominale et la puissance du système musculaire diminuent. On reconnaît facilement que la condition exigée par Landau, à savoir l'augmentation de capacité de la cavité abdo-

minale, se trouve remplie. Je n'ai pas tranché la question de savoir si la mobilité du rein gauche peut aussi s'expliquer par une infiltration de matière pigmentaire. La tumeur chronique de la rate pouvait tenir à une stase sanguine dans la veine splénique par suite du déplacement du foie. Le rein mobile pouvait avoir seulement pour cause la disparition de la graisse abdominale.

Tel était l'état du malade quand je le présentai à la Société des sciences naturelles et de médecine au cours de l'hiver 1888-1889.

L'état du malade reste tel quel jusqu'au milieu du mois d'avril 1889. A cette époque, au milieu de phénomènes fébriles faibles, il y eut une augmentation dans la fréquence des inspirations et de l'oppression dans le côté droit de la poitrine. L'examen montra que pendant l'acte respiratoire, la moitié droite du thorax subissait un retard. A droite, en arrière et en bas, du bord inférieur de l'omoplate jusqu'à la limite inférieure du poumon, de même qu'en avant, à partir de la 4^e côte jusqu'au bord inférieur du thorax, matité complète. Au-dessus de la matité, en avant et en arrière, on entend la respiration.

Une tentative de réduction du foie resta sans succès, détermina des douleurs vives et augmenta la dyspnée. On diagnostiqua un épanchement de liquide du côté droit. L'existence de cet épanchement n'avait rien de surprenant; il paraissait causé par les conditions physiques particulières réalisées en ce point. Comme nous l'avons expliqué plus haut, le diaphragme avait été abaissé par la traction du foie, surtout du côté droit; nous supposons que le poumon droit était fortement dilaté; pendant l'inspiration, il se formait des dépressions dans l'épigastre et le long du bord inférieur des fausses côtes. Il devait arriver un moment où le poumon ne pourrait pas se gonfler davantage sans que la base du poumon quittât le diaphragme. Cette diminution de pression en ce point ne pouvait être compensée que par du liquide venu des vaisseaux par transsudation.

A partir de ce moment, l'état du malade fut absolument lamentable; il eut de l'oppression, une violente dyspnée, et ne pouvait garder longtemps aucune position. Il n'avait pas du tout d'appétit, maigrissait fortement, et à la fin du mois d'avril, je crus qu'il allait succomber à ses souffrances. Une ponction exploratrice pratiquée à cette époque donna un liquide fortement sanguinolent; on renonça dès lors à toute ponction.

Au commencement de juin, l'état général s'améliora, la respiration devint plus régulière. En avant et en arrière, la matité avait diminué. Le bruit respiratoire, en arrière et en bas, devint de nouveau vésiculaire.

En juillet le malade se rétablit beaucoup, l'appétit était très bon. Pendant un certain temps, le malade eut une apparence de force qu'il n'avait jamais eue. Depuis l'apparition de l'épanchement liquide, le foie ne pouvait plus être remis à sa place.

Lorsque, à la fin de septembre 1889, je procédai de nouveau à un examen minutieux du malade, je trouvai une nouvelle modification impor-

tante sans que le malade eût eu à se plaindre de quoi que ce soit de nouveau. Dans le côté droit du ventre existait une tumeur plus large que la main, s'étendant obliquement en haut de l'ombilic jusque sous le bord des fausses côtes gauches. La place où l'on trouvait auparavant la matité splénique rendait un son sympanique éclatant. Dans le décubitus on pouvait facilement faire rentrer l'objet en question à la place de la rate. Il n'était pas douteux que c'était la rate elle-même. Ainsi donc la rate aussi était devenue flottante, dès que le malade se levait, elle descendait dans le ventre jusqu'à l'ombilic.

Au milieu de mars 1890, l'état du malade s'aggrava assez rapidement. L'apnée devint très intense, l'appétit faisait défaut. Le pouls était faible. Vers le soir les jambes étaient généralement un peu enflées. Pendant les 8 derniers jours de la vie du malade, il y eut un œdème considérable des membres inférieurs ; la fréquence des inspirations augmentait de jour en jour. Le malade mourut avec de l'œdème pulmonaire. (Je dois les dernières indications à l'obligeance de M. le Dr Bautzmann.)

Résultat de l'autopsie : Phénomènes de putréfaction avancée dans tout le corps.

Position du diaphragme : A gauche, entre la 7^e et la 8^e côte, convexe du côté de l'abdomen ; à droite, entre la 5^e et 6^e côte. La convexité du diaphragme à gauche doit être considérée comme une conséquence de la pression des gaz résultant de la putréfaction accumulée dans la plèvre. Pendant la vie du malade, la moitié gauche du diaphragme ne devait guère être plus bas que la droite. A droite le diaphragme est immobile.

Cavité pleurale : De la cavité thoracique droite sort environ un litre de liquide couleur de vin blanc. Il y a quelques adhérences en forme de cordons. A droite, en bas, se trouve un foyer enkysté. Ce foyer confine vers le haut à la base du poumon, vers le bas au diaphragme ; latéralement, il est limité par la plèvre costale. La paroi a un aspect blanc jaunâtre et une épaisseur allant jusqu'à un centimètre. Son contenu consiste en caillots sanguins épaissis. Sa hauteur entre le diaphragme et la base du poumon est de 5 cent.

Cœur : petit, en position normale. La musculature du cœur droit a 2 millim. d'épaisseur ; elle est brune ; celle du cœur gauche a 7 millim., également brune. Toutes les cavités sont un peu agrandies. Les valvules sont lisses et délicates.

Péricarde : Les deux feuillets sont solidement soudés l'un à l'autre.

Poumons : Œdème pulmonaire considérable ; à cause de la putréfaction, c'est tout ce qu'on peut voir.

Ganglions bronchiques : Un peu hypertrophiés, colorés en noir.

Cavité abdominale : Ne contient rien d'étranger. En son milieu, le colon transverse est abaissé jusqu'au-dessous de l'ombilic.

La rate se trouve sur le côté gauche ; elle dépasse le bord inférieur des fausses côtes de 6 cent. Elle se laisse déplacer, en haut jusqu'à l'insertion du diaphragme, en bas jusqu'à l'ombilic. Par sa base entière elle

adhère au diaphragme. Sa longueur est de 14 cent., sa largeur de 10, son épaisseur de 6 cent. Au toucher elle semble résistante. Son tissu est en pleine putréfaction; à la surface seulement il y a un peu de tissu intact de couleur rouge foncé.

Reins: Le rein gauche est déplaçable dans toutes les directions, en avant jusqu'à la ligne médiane; le rein droit est un peu mobile vers le bas et vers le haut. Les deux reins ont 10 cent. de long, 6 cent. de large, 4 cent. d'épaisseur et sont fortement altérés par la putréfaction. Capsules surrénales putréfiées.

Foie: Le bord inférieur du lobe droit s'étend jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'incisure qui sépare les deux lobes se trouve à la hauteur de l'ombilic. Dimensions du foie: largeur 22 cent. (lobe gauche, 9 cent., lobe droit, 13). Épaisseur du lobe gauche, 9 cent.; du lobe droit, 19 cent.

Rien d'anormal à l'appareil suspenseur du foie. Le tissu hépatique est dur à couper; la surface de section est de couleur jaune brunâtre; vers la périphérie, il y a un changement de couleur à cause de la putréfaction. Sur des morceaux qui sont restés assez longtemps dans l'alcool, on voit apparaître plus nettement, sur la surface de section, le dessin des acini. Les lobules du foie sont brun clair, leur bord est brun rouillé.

Examen microscopique: 1^o Foie. Sur des coupes non colorées et seulement éclaircies à l'huile d'œillette, on constate ce qui suit: Les divers éléments histologiques sont difficiles à reconnaître les uns des autres. Les contours des cellules hépatiques ont disparu et on ne peut pas non plus reconnaître les canaux biliaires et les vaisseaux. La différence de couleur entre les acini et le tissu périacineux apparaît bien plus nettement. Le tissu périacineux a, au moins, le double de la largeur ordinaire. La couleur brun foncé particulière que présente ce tissu tient à la présence d'une foule de granulations pigmentaires dont les dimensions varient de la grosseur de la pointe d'une épingle à cinq fois la grosseur d'un globule rouge. Ces granulations sont pour la plupart disposées en trainées longitudinales autour des acini.

Malgré l'emploi des colorants les plus variés, on ne parvient pas à séparer plus nettement les uns des autres les différents éléments histologiques. La putréfaction est trop avancée. Si l'on place les coupes quelque temps dans une solution de ferrocyanure de potassium auquel on a ajouté un peu d'acide chlorhydrique, elles se colorent aussitôt en bleu (réaction du bleu de Prusse). On reconnaît alors, sous le microscope, que le parenchyme propre du foie, lui aussi, est criblé d'une quantité de petites granulations pigmentaires.

2^o Rate: De ses divers éléments constitutifs, on ne reconnaît rien, comme pour le foie. La matière colorante est accumulée en quantité extraordinaire, en amas variant des dimensions de fines granulations jusqu'à celles de masses volumineuses. Il semble que sa disposition dépende du cours des artères; les points où les dépôts sont le plus abon-

dants correspondent à peu près à la disposition des follicules. Comme nous l'avons dit, en raison de la putréfaction avancée, on ne peut pas se prononcer avec certitude.

Reins. : Ici la structure microscopique est encore relativement nette. La teneur en matière colorante, relativement au foie et à la rate, est insignifiante. Les granulations les plus fines se trouvent principalement dans les glomérules et leurs capsules.

Examen chimique. — Je dois à l'obligeance de M. Brantigam, pharmacien de l'hôpital de la ville, une détermination quantitative de la teneur du foie en fer.

La teneur du foie en fer est, d'après Oidtmann, de 0,0816 0/0. Dans le cas de Hindenlang, sur 100 gr. de foie humide conservé dans l'alcool, il y avait 0 gr. 39 de fer ; dans le nôtre, 0 gr. 77.

Il s'agit donc d'un accroissement considérable de la teneur du foie en fer. Pour la rate, on n'a pas fait d'analyse quantitative ; mais, si l'on est autorisé à se fonder sur l'examen histologique, la proportion de fer qu'elle contenait devait être inférieure à celle du foie.

RÉSUMÉ. — Les points de l'histoire de la maladie, qui a duré juste 4 ans, sont les suivants. Du milieu de mai jusqu'à la fin d'août 1886, scorbut. A la fin d'août 1887, le malade remarque que son ventre est enflé. A la fin d'août 1887, on constate à l'hôpital de la ville qu'il y a un foie flottant. Le 1^{er} mars 1884, la mobilité du rein gauche est constatée. En avril 1889, il se forme un dépôt de liquide entre la base du poumon et le diaphragme ; son apparition fixe le foie dans sa position la plus basse. A la fin de septembre 1889, la rate commence à flotter. La mort survient le 16 avril 1890 par œdème pulmonaire consécutivement à la faiblesse du cœur.

L'autopsie confirme le diagnostic en entier. Il serait superflu de vouloir le fonder sur les résultats de l'autopsie.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que l'interprétation physiologique de mon cas est absolument indépendante et diffère complètement des opinions ayant eu cours jusqu'ici. Son point principal est que la cause qui amène un organe de la cavité abdominale à flotter, c'est surtout l'accroissement de son poids. S'il y a en même temps relâchement de la paroi abdominale et agrandissement de la cavité, la mobilité est encore favorisée.

Le dépôt considérable de matière colorante dans le foie, aussi bien dans le cas de Hindenlang que dans le mien, permet de supposer que dans d'autres cas de scorbut, et selon la durée et l'intensité de la maladie, il se dépose des amas considérables de pigment dans le foie et la rate ; on n'a peut-être jamais cherché dans cette voie. Je crois même que, dans tous les cas où il se fait dans le corps de grands épanchements sanguins qui ne s'ouvrent pas à l'extérieur, mais se résorbent, le foie et la rate doivent, après un certain temps, contenir de l'hémoglobine en abondance. Je serais très heureux que ce travail provoquât des études à ce sujet.

OBSERVATION LIV. — LOUIS FRANK. *Americ. pract. and News.* Louisville, 1891, XI, p. 3.

Femme de 38 ans, ayant été souvent malade, ayant eu plusieurs fois des inflammations pulmonaires, des troubles intestinaux et cérébraux et plusieurs autres maladies. Ces diverses affections remontent à plus de 4 ans, et, depuis lors, elle a plus ou moins des nausées et des douleurs à l'estomac. Une fois, les matières vomies ont été sanglantes. Elle a eu des attaques de fièvres intermittentes. Depuis qu'elle est à l'hôpital elle a eu un érysipèle et l'on s'est aperçu qu'il y avait du côté du foie un gonflement ou une tumeur de cet organe. Les douleurs ont été si fortes qu'elles ont conduit la malade à l'habitude de la morphine, et pendant les paroxysmes qui duraient plusieurs jours on a observé de l'ictère.

L'examen actuel montre qu'elle est petite, avec la figure rouge, la peau brune, les conjonctives claires, le pouls régulier, la température et la respiration normales.

On n'aperçoit rien d'anormal dans la forme de la poitrine. Mais dans l'abdomen on voit une tumeur qui se meut avec la respiration. Par la palpation on sent que cette tumeur est volumineuse et ferme.

Le bord inférieur du poumon descend jusqu'à son niveau ordinaire, mais le bord supérieur du foie ne remonte pas jusque-là. La rate est hypertrophiée, ainsi que lobe gauche du foie. A la palpation profonde, le foie donne la sensation d'une tumeur grosse, rude, inégale. Il se meut librement avec la respiration. Il est déplacé en bas et vers le flanc, et cela depuis six ans.

La circulation de la bile dans le foie a été par moments interceptée, ce qui s'est traduit par des attaques d'ictère. La circulation du sang n'a jamais été interrompue, comme le montre l'absence d'ascite, qui aurait apparu s'il s'était agi d'un cas de cirrhose. Un cancer n'eût pas laissé la vie se prolonger aussi longtemps.

Le foie est atrophié en certains points, hypertrophié dans d'autres. En certains endroits, par suite de cette atrophie, on ne peut le sentir, tandis qu'ailleurs il se présente comme une tumeur dure et irrégulière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Barbarotta.** — Nuovo caso di fegato ambulante. *Il Morgagni*, XI, 1870.
- Baudouin.** — Voir Terrier et Baudouin.
- Blet.** — Étude sur le foie mobile. Th. Paris, 1876.
- Botkine.** — Sur le foie déplacé et mobile. *Ejened klin. Gaz.* St-Pétersb., 1884, IV, 577-589.
- Canniot.** — Résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Th. Paris, 1891.
- Cantani.** — Caso di fegato ambulante. *Annal. univ. di med.* Milan, 1886, 373.
- Chvostek.** — Ein fall von Wandernder Leber. *Wien. med. Presse*, 1875, XVII.
- Ein zweiter fall von Wandernder Leber. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1877, XII, 330.
- Ein neuer fall von Wanderleber. *Wien. med. Bl.*, 1880, III, 732 ; 755 ; 784.
- Die Therapie der Wanderleber. *Ztschr. f. therap. in Einzhng. d. Electr. u. Hydroth.* Wien., 1884, II, 49 ; 57 ; 65.
- Concato.** — Distopia del fegato. *Riv. Clin. di Bologna*, 1876, IV, 65-68.
- Curtius.** — Sympt. und ætiologie der Wanderleber im Anschluss an einen solchen fall. Th. Halle. a. S., 1889, C. A. Kammerer et Co, 44 p.
- Demarquay.** — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1849, XXIV, 21.
- Demitriew.** — Cas de foie mobile. *Ejened klin. Gaz.* St-Pétersb., 1884, IV, 522-525.
- Einhorn.** — Ein fall von Wanderleber. *Med. Monatschr.* N.-Y., 1889, I, 351-353.
- Féréol.** — Rapport sur l'entéroptose et la neuresthénie. *Bull. Soc. méd. hôp.* Paris, 1886, p. 499-509.
- Frank.** — Displadd liver ; paralysis of the sympathetic right sice. *Amer. Pract. and News.* Louisville, 1891, XI, 3.
- Frerichs.** — Traité pratique des maladies du foie. Trad. franç., 1877, p. 46.
- Garnett.** — Accidental and sudden dislocation of the liver. *Amer. J. med. scienc.* Philadelphie, 1881, LXXXI, 110-113.
- Glénard (F.).** — De l'entéroptose. *Lyon méd.*, 1885.
- Heister.** — De insolito psorsus situ hepatis. *Acta Acad. nat. curios.* Nuremberg, 1754, X, 1-4.
- Hoschhalt.** — Foie mobile. *Gyogyaszat.* Budapest, 1879, XIX, 665-681.
- Traduit dans : *Med. Chir. Centralblatt.* Wien., 1879, XIV, 554.
- Hugues.** — A case of floating liver. *Univ. Med. Mag.* Philad., 1889-90, II, 26.
- Kirmisson.** — Doubledéplacement du foie par interversion et rotation. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1880, LV, p. 112-114.
- Kispert.** — Ein fall von Wanderleber. *Berl. Klin. Wochschr.*, 1884, XXI, 372-375.
- Koehler.** — Beiträge zur casuistik der Wanderleber. Th. Greifswald, 1877.
- Kranold.** — Zur casuistik der Wanderleber. Stuttgart, 1884, et *Med. Cor. Bl. a. Wurtemb. arztl. der Stuttg.*, 1884, 161, 169.

- Landau.** — Die Wanderleber und der Hangebauch der Frauen. Berlin, A. Hirschwald, 1885.
- Ueber dislocation der Leber. *Deutsch. Med. Wochenschr.* Berlin, 1885, XI, 152-168.
- Langenbuch.** — Ein Fall von Resection eines linksseitigen Schüddrüsenlappens der Leber. *Berlin klin. Wochenschr.*, 1888, XXV, 37.
- Larionow.** — Déplacement du foie. *Ejened klin. Gaz.* St.-Petersb., 1885, V, 31.
- Legg.** — Movable and displaced liver. *St-Barthol. Hosp. Rep.* London, 1877, XIII, p. 141-148.
- Léopold.** — Zur Lehre von der Wanderleber. *Arch. f. gynæk.* Berl., 1874-75, VII, 152-168.
- Longuet.** — Absence congénitale des ligaments du foie. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1874, p. 186.
- Lubanski.** — Recherches pratiques sur les déplacements du foie. *Journ. méd. Paris*, 1843, p. 201-209.
- Maak (J.).** — Ein Fall von Wanderleber. *St.-Petersb. med. Wochenschr.*, 1884, 410.
- Mann.** — Ein neuer Beitrag zur Lehre von den Wanderorganen. *Deutsch. med. Wochenschr.* Leipzig, 1891, p. 1033.
- Maragliano.** — Foie mobile. *Rif. medic.* Rome, V.
- Marchant (Gérard).** — Hépatopexie. *Acad. méd.*, 11 août 1891.
- Meissner.** — Die wandernde Leber in ihren Beziehungen zu schwangerhafter Geburt und Wochenbett. *Schmidt's Jahrb.*, Leipzig, 1869, 107-114.
- Müller.** — Zur Diagnose der Wanderleber. *Deutsch. Arch. f. klin. med.* Leipzig, 1874, XIV, 146.
- Ueber ein Fall von Wanderleber. *Berlin klin. Wochenschr.*, 1882, XIX, 230-232.
- Neustadt.** — Hepar migrans. *Russk. med.* St.-Petersbourg, 1886, VI, 379-381.
- Pepper (W.).** — Floating liver in an adult female. *Med. and Surg. Report.* Philad., 1877, XXXVII, 350.
- Peters (G. A.).** — A case of displaced liver diagnosed. *Med. gaz. N.-Y.*, 1882, IX, 412-414.
- Piatelli.** — Un secondo caso di fegato ambulante. *Riv. clin. di Bologna*, 1868, III, 239-243.
- Pichevin.** — Coïncidence d'un lobe du foie flottant et d'un rein mobile. *Prog. méd.*, Paris, 1888, p. 253.
- Pokrowski.** — Pathologie du foie flottant. St.-Petersbourg, 1880.
- Rendu.** — *Dict. encycl. des sc. méd. Art. Foie*, 4^e série, t. III, p. 264.
- Riedel.** — *Berlin klin. Wochenschr.*, 1888, n^{os} 29 et 30, et *Bulletin méd.*, 1888, p. 1177.
- Ritter von Hacker.** — *Wiener med. Wochenschrift*, 1886, n^o 14 et 15.
- Rodsewitsch.** — Ein neuer Fall von Ectopia hepatis. *St.-Pet. med. Wochenschr.*, 1879, IV, 324.
- Rohden.** — Un cas de foie mobile. *Deutsch. med. Wochenschr.* Berl., 1887, VI, p. 106.
- Rosenkranz.** — Zur Casuistik der Wanderleber. *Berlin klin. Wochenschr.*, 1887, 9 sept.
- Rubinowitch.** — Foie mobile. *Voenna med. J.* St.-Petersb., 1884, 37-56.
- Rumberg.** — Ett fall of hepar migrans. *Finska lak. sällsk. handl.* Helsingfors, 1882, XXIII, 279.
- Salomone Marino.** — Contributo alla patogenesi del fegato ambulante. *Observat. medic.* Palermo, 1874, IV, 289-296.
- Schott.** — Zur Lehre von der Wanderleber. *Deutsche med. Ztg.* Berl., 1882, III, 247-259.
- Schwarz.** — Zur Casuistik der Wanderleber. *Wien med. Bl.*, 1883, VI, 695-700.
- Seager.** — Displacement of the liver. *Brit. med. J.* London, 1885, II, 599.

- Seluk.** — Cas rare de déplacement du foie du côté gauche. *Russk. med.* St. Pétersb., 1890, XVI, 474.
- Smith.** — Movable tumour in the abdomen simulating movable kidney, necropsy displacement of liver. *Lancet*, Lond., 1883, 1^{er} avril (?).
- Suner.** — Dislocation del higado y consideraciones acerca di esta ectopia. *Genio med. Giur.* Madrid 1884, XXX, 160-165.
- Sutuguin.** — Der casuistik der Wanderleber. *Arch. f. gynæc.* Berlin, 1875, VIII, 531-533.
- Symanowski.** — Deux cas de déplacement du foie. *Ejined. klin. Gaz.* St-Pétersb., 1882, II, 65-81.
- Symington.** — On certain physiological variations in the shape and position of the liver. *Ed. Med. Journ.*, 1887-88, 33, 726, 736.
- Szigethy.** — Cas rare de foie mobile. *Orvosi hetil.* Budapest, 1889, XXXIII, 442 ; traduit in *Pest med. chir. presse.* Budapest, 1889, XXV, 1013.
- Tempini.** — Foie dans les régions épigastrique et ombilicale. *Gaz. med. ital.*, 1875.
- Terrier et Baudouin.** — Lobe du foie flottant. *Progrès méd.*, Paris, 1888, 18 août, n° 33.
- Trush.** — A Wandering liver. *Obst. Gaz. Cincin.*, 1882, V, 337-343, et *Rev. méd. chir. des mal. des femmes.* Paris, 1882, IV, 561-569.
- Tscherning (E.-A.).** — Beweglicher Schnürlapper der Leber durch Laparotomie fix. *Centralbl. f. chir.*, 9 juin 1888, p. 426.
- Vogelsang.** — Dislocation der Leber. *Memorab. Heilbr.*, 1872, XVI, 67-69.
- Wassiljew.** — Ectopia hepatis et lienis. *St-Pet. med. Wohnschf.*, 1876, 30.
- Wickam.** — Disposition anormale du ligament suspenseur du foie. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1846, XXI, 25-29.
- Winkler.** — Zur casuistik und ætiologie der Wanderleber. *Arch. f. gynæcologie*, Berlin, 1872, IV, 145-156.
- En outre, ouvrages classiques d'anatomie : Richet, Sappey, Cruveilhier, Debierre, Paulet, Henle, Gegenbaur, etc., *passim*.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	Pages 5
-------------------	------------

L'APPAREIL SUSPENSEUR DU FOIE

CHAPITRE I. — ANATOMIE.....	9
§ 1. — Les ligaments du foie.....	12
§ 2. — La veine cave inférieure.....	32
§ 3. — Le ligament ombilical et les viscères sous-hépatiques.....	38
CHAPITRE II. — PHYSIOLOGIE.....	43
Conclusions anatomo-physiologiques.....	66
EXPÉRIENCES.....	67

DE L'HÉPATOPTOSE

CHAPITRE I.....	79
CHAPITRE II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	82
CHAPITRE III. — SYMPTÔME ET DIAGNOSTIC.....	89
CHAPITRE IV. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.....	104
DU TRAITEMENT DE L'HÉPATOPTOSE ET EN PARTICULIER DE L'ÉPATOPEXIE.....	113
CONCLUSIONS.....	138
OBSERVATIONS.....	139
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	227

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,
LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

